



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

ASAREX: La percepción del alcohol a través de los usuarios y familiares de la
Fundación Doctor Valero Martínez.

ASAREX: The perception of alcohol through the users and relatives of the
Fundación Doctor Valero Martínez.

Autoras:

Cristina González Moreno

Verónica Sanz Martínez

Director:

Luis Manuel Vilas Buendía

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2019

RESUMEN: El presente trabajo recoge el análisis de la percepción de usuarios y familiares relacionada con el consumo adictivo de alcohol en la Fundación Doctor Valero Martínez (ASAREX), en base a las entrevistas realizadas en dicha Fundación. Se expondrán las funciones desempeñadas desde el trabajo social en materia de drogodependencia, planteando una propuesta enfocada desde la perspectiva de género mediante un modelo de intervención de red. Pretendiendo fomentar recursos caracterizados por un abordaje individualizado de la persona como al familiar interviniendo en su propio entorno, sin la necesidad de separarlo de éste. Concluyendo con las reflexiones extraídas a través de nuestra observación participante sobre la percepción del alcohol en nuestra sociedad, vista a través de los usuarios, familias y profesionales, así como la nuestra propia.

Palabras clave: Alcohol, trabajo social, rehabilitación, familia, apoyo.

ABSTRACT: This study comprises an analysis on perception about addictive alcohol use in users and family members, based on personal interviews conducted at the Fundación Doctor Valero Martínez (ASAREX). We present the functions undertaken on drug addiction from the field of social work, while demonstrating a proposal that is focused on gender perspective through a net intervention model. Hoping to promote resources characterized by an individual approach of the user or the family member in their own environment, without having to separate them from their surroundings. We conclude with some reflections from participants' observations about their perceptions on alcohol in our society, as seen through users, their families, healthcare professionals, as well as our own perceptions.

Key words: Alcohol, social work, rehabilitation, family, support.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queríamos agradecer a Luis Manuel Vilas Buendía, por haber aceptado ser nuestro tutor para la realización del Trabajo de fin de grado. Quien ha sido nuestro guía y ha sabido orientarnos para realizar de la mejor manera el presente trabajo.

En segundo lugar, nos gustaría mencionar a la Fundación Doctor Valero Martínez¹, a la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones Cruz Roja de Zaragoza² y a la Fundación Cristiana para la Rehabilitación y Reinserción social, por darnos la oportunidad de permitirnos conocer cómo se realiza la labor de intervención para aquellas personas con problemas de adicción a alguna sustancia, así como de la manera de trabajar desde el ámbito del trabajo social.

En tercer lugar, queríamos dar las gracias en especial, a los profesionales que nos atendieron, la trabajadora social de la U.A.S.A, por dedicarnos tiempo y facilitarnos información. Las trabajadoras sociales de ASAREX, sin olvidarnos de la responsable del grupo de familiares iniciados y del grupo de veteranos, así como el tesorero, por su amabilidad y gran predisposición a la hora de facilitarnos información, además de abrirnos las puertas de la asociación. Sobre todo, queríamos destacar a todas las personas que han participado en las entrevistas. Gracias a ellos ha sido posible que este trabajo saliera adelante y cobrara sentido.

Gracias por compartir vuestras experiencias y haberos abierto de tal manera con nosotras. Al fin y al cabo, éramos dos desconocidas, a las cuales habéis hecho partícipes de vuestras historias, haciéndonos sentir cómodas durante las entrevistas.

Por último, queríamos mencionar a nuestros familiares por darnos fuerzas y ánimos constantes para terminar de la mejor manera nuestra última etapa.

¹ A partir de ahora haremos referencia a la Fundación Doctor Valero Martínez citándolo como ASAREX.

² A partir de ahora a la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones Cruz Roja de Zaragoza se nombrará como U.A.S.A.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	5
ÍNDICE DE REPRESENTACIÓN GRÁFICA	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 HISTORIA DEL ALCOHOL	9
2.2 LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA SOCIEDAD.....	10
2.2.1 EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA.....	10
2.2.2 LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA MUJER	13
2.2.3 LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN EL HOMBRE	14
2.2.4 EL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA.....	15
2.3. ESTADÍSTICAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA	16
3. MARCO LEGISLATIVO	18
4. METODOLOGÍA E INVESTIGACIÓN	22
4.1 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	22
4.2 DIFICULTADES.....	22
4.3 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	23
4.4 ÁMBITO GEOGRÁFICO	24
4.5 FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	24
4.6 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	26
4.7 DATOS RELEVANTES OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ADICCIONES- CRUZ ROJA DE ZARAGOZA.	40
5. PAPEL DE LA TRABAJADORA SOCIAL EN EL ÁMBITO DE DROGODEPENDENCIA	42
6. CONCLUSIONES.....	54
7. PROPUESTA.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Técnicas utilizadas en la intervención con individuos.....	43
Tabla 2. Técnicas utilizadas en la intervención con grupos.	43
Tabla 3. Fases de intervención en materia de drogodependencia desde el Trabajo Social.	44

ÍNDICE DE REPRESENTACIÓN GRÁFICA

Representación gráfica 1. Modelo Biopsicosocial.	47
---	----

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo vamos a abordar la percepción que poseen tanto usuarios como familiares de los diversos factores que los han llevado a ser conscientes de la problemática del consumo³ de alcohol⁴ y otras sustancias.

Primero se expone la justificación por la cual se ha escogido el tema en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, específicamente el alcohol. El motivo principal fue que a ambas nos interesaba la temática relacionada con la drogodependencia, así como conocer cuáles eran los factores que llevaban a los usuarios a consumir⁵ determinados tipos de sustancias, y la percepción de la situación tanto de los propios usuarios como de sus familiares. Otro motivo por el cual nos ha llevado a especificar la investigación en el alcohol, básicamente se trata por el desconocimiento sobre los problemas y consecuencias que genera el consumo excesivo de esta sustancia. Nos atrae la idea de estudiar cuáles son los factores que desencadenan el consumo de drogas⁶ en diferentes ámbitos sociales y familiares, así como qué tipos de sustancias se consumían y a qué edades se comenzaba.

Una parte importante para nosotras es conocer y visibilizar el papel que desempeña el/la trabajador/a social en dicho ámbito, qué actuaciones lleva a cabo con la persona que padece problemas de adicción⁷ y su familia, así como en el proceso de rehabilitación y los tratamientos que se llevan a cabo. Creemos que es fundamental recoger el proceso que vive la persona afectada cuando es consciente del problema que posee, afectando a su situación social, laboral y familiar.

Tras la introducción, se expone el marco teórico, donde se ha realizado una primera investigación de la cuestión a tratar. Dicho punto se ha estructurado en tres partes reflejando: la historia del alcohol; la influencia que presenta el alcohol en la sociedad, distinguiendo el consumo del alcohol en la adolescencia⁸, en la mujer, en el hombre y en la familia y por último haciendo referencia a estadísticas de consumo de alcohol en España.

A continuación, se exponen tanto a nivel nacional como autonómico, las leyes en relación con la regulación de las drogadicciones y otras adicciones, así como a la prevención, asistencia y reinserción

³ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

⁴ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

⁵ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

⁶ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

⁷ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

⁸ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

de los consumidores, otorgando la importancia necesaria a destacar la acción educativa dirigida a la salud mediante actuaciones de carácter informativo para dicha prevención.

Tras concluir con el marco legislativo, se procede a explicar la metodología e investigación. En dicho apartado se refleja la hipótesis y objetivos que nos hemos planteado para la realización del presente trabajo, se concreta la población objeto de estudio, el ámbito geográfico en el que se ha llevado a cabo la investigación, las fuentes utilizadas para recabar información además de las técnicas empleadas para ésta y los resultados obtenidos del análisis de la información obtenida distinguiendo en usuarios iniciados, usuarios veteranos, familiares iniciados y familiares veteranos. Para terminar el apartado se reflejan los datos proporcionados por la U.A.S.A.

Por consiguiente, se explicará el papel que desempeña la trabajadora social tanto de ASAREX; como de la U.A.S.A, fundamentándolo previamente con literatura científica acerca del proceso y de las técnicas que se lleva a cabo desde el trabajo social para la realización de la intervención.

Finalmente se exponen las conclusiones a las que hemos llegado tras la realización del presente trabajo de fin de grado, planteando una propuesta de intervención.

En los anexos se incluye un glosario de términos, el correo enviado a las entidades, la referencia del guion de la entrevista a realizar, el consentimiento para poder utilizar la información proporcionada en el presente trabajo, la transcripción de las entrevistas realizadas a usuarios y familiares en ASAREX, información de las cartillas proporcionadas por ASAREX. Además de la entrevista a la trabajadora social de la U.A.S.A, los datos relevantes de la memoria de 2017 de esta. La entrevista realizada a la responsable de la Fundación Cristina Visión para la Rehabilitación y Reinserción Social.

2. MARCO TEÓRICO

2. 1 HISTORIA DEL ALCOHOL

El uso y consumo de alcohol⁹, no es algo novedoso ya que se empezó utilizar en tiempos remotos. Según Díez (2003) el hombre ha dispuesto de bebidas alcohólicas desde la época de entre finales del mesolítico y principios del neolítico, debido a que podían realizar el proceso de fermentación del alcohol y almacenarlo gracias a la cerámica. Posteriormente entre los años 4000 y 3500 antes de Cristo, comienzan a consumir vino y cerveza, el uso de dichas sustancias tiene un carácter ritual o mágico-religioso. También nos encontramos que tanto en civilizaciones griegas como romanas consumían alcohol, haciendo referencia a que algunos de los personajes mitológicos abusaban del alcohol. Pero este carácter ritual y mágico del alcohol comenzó a cambiar, puesto que se vieron obligados a regular dicho uso en algunas civilizaciones. Parece ser que quienes descubrieron la destilación introduciéndola en el continente europeo fueron los árabes.

A partir del siglo XVII se desarrolla la crianza de vinos y licores. Es en la época industrial, con los problemas de crecimiento masivo de las urbes donde se produce el aumento de la demanda de alcohol en todos los estratos sociales. En la década de los años sesenta aumentó el consumo de alcohol, influido por la economía, la política, los movimientos migratorios y las tensiones que surgieron. Ya en esta época se puede hablar de una institucionalización de alcoholismo¹⁰. Y actualmente podemos afirmar que “España ocupa el tercer lugar mundial en producción de vino, en cuanto al consumo ocupa el quinto lugar con unos 14 litros de alcohol puro por habitante y año, situándose detrás de países como Rusia, Francia o Luxemburgo.” (Díez Hernández. 2003).

Esta institucionalización queda reflejada en Pardo (2002) que señala *“el modelo tradicional de consumo de drogas dominante en España hasta la década de los setenta, caracterizado por el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco por parte de los varones adultos, contaba con una amplia legitimación social y cultural, lo que contribuyó a que la sociedad española percibiera como naturales los consumos de sustancias que ya entonces tenían un impacto social y sanitario muy negativo.”* Pero en la década de los ochenta y noventa, esta relación con la droga se ve alterada como consecuencia de la intrusión de nuevas sustancias ilícitas en el mercado, además de la incorporación masiva de los jóvenes y las mujeres al consumo de drogas. Pardo, manifiesta que la dominancia del nuevo modelo en el uso de

⁹ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

¹⁰ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

las drogas ha tenido dos efectos fundamentales en el ámbito de los consumos de las bebidas alcohólicas. Dichos efectos son los siguientes:

La consolidación de dos patrones de consumo de alcohol, que serán diferentes en jóvenes y adultos. Debido a que la relación entre adultos y alcohol se caracteriza por la regularidad de su uso, la vinculación que tiene a la gastronomía y a ciertos acontecimientos sociales, además de que gran parte de la ingesta de bebidas alcohólicas se realiza en los hogares. Sin embargo, para los jóvenes esa relación con el alcohol es totalmente distinta a la de los adultos, como veremos a continuación.

La asociación del consumo de alcohol con el de otras sustancias, yendo más allá de la vinculación tradicional con el tabaco. Este policonsumo¹¹, se ha convertido en el patrón dominante de uso de drogas, especialmente entre los jóvenes, ya que tienen el alcohol como sustancia de referencia.

Según una encuesta epidemiológica en el medio urbano y rural, mencionada por Díez (2003), destaca que el consumo de bebidas alcohólicas generalmente cumple funciones de carácter psicotrópico, terapéutico, alimentario¹², social-cultural. Siendo un mecanismo de cohesión, integración, estructuración cultural, un mecanismo de control social como instrumento de diferenciación e identificación cultural y/o social, como mecanismo de transgresión estructural, como medio de adaptación en situaciones de cambio, de solución al tiempo vacío o como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad.

2.2 LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA SOCIEDAD

La Estrategia Nacional sobre Adicciones¹³ (ENA), destaca que el consumo de alcohol es el primer problema de salud pública en España, causando un grave daño social y a terceros. A continuación, veremos la influencia del consumo de alcohol en la adolescencia, en la mujer, el hombre, la familia y datos estadísticos sobre el consumo de drogas en España.

2.2.1 EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

Según Espada, J, et al., (2003) el consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia suscita la preocupación social. Ya que, en nuestro país, un sector de adolescentes y jóvenes asocian el disfrute del ocio y de las relaciones sociales con el uso de sustancias, y no son plenamente conscientes de las consecuencias que puede traer a largo plazo el uso de dichas sustancias. Puesto que el abuso del alcohol,

¹¹ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

¹² Cómo alimentario nos referimos a la fuente de calorías que supone el alcohol.

¹³ A partir de ahora cada vez se nombre a la Estrategia se dirá ENA.

en ocasiones va unido a las drogas de síntesis¹⁴, ya sea como hemos mencionado anteriormente durante el fin de semana en lugares no habilitados como la vía pública (los famosos botellones).

Esto ha derivado en que la administración adopte medidas legales para dar respuesta a las quejas sobre estas quedadas y sus consecuencias posteriores. La relación que se establece entre la adolescencia y las drogas es de carácter bidireccional, es decir, que ciertas características en este periodo evolutivo, la adolescencia, pueden facilitar a consumir alcohol y otras drogas, de hecho, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida.

Jaume Funes (2005) destaca que cuando los adolescentes hacen uso de las drogas puede ser debido a cuatro factores: el primer factor es la expectativa que estos tienen ante de los efectos de las drogas, obviando los efectos reales de estas. El segundo factor es que la droga suele enmarcarse en un ritual determinado, es decir que se consume en un ambiente previsto suponiendo una transgresión social, en el caso de los adolescentes el uso de dichas sustancias está más relacionado con la trasgresión que con el cumplimiento de ritos sociales previstos. Además de hacerlo fuera de la institucionalización¹⁵. El tercer factor se debe a las relaciones sociales, puesto que en general, el uso de drogas supone una toma de posición de la persona respecto de los demás, especialmente en los adolescentes el uso de estas sustancias está más relacionado con el grupo de iguales puesto que ejerce una mayor influencia que cualquier otra como por ejemplo la familia (los padres), destacando que en la actualidad son los factores externos los que más influyen (tanto los amigos como la sociedad de forma global). Por último, el uso de drogas tiene sentido en función de momentos y situaciones vitales diferentes, el uso de dichas sustancias está relacionado sobre todo con los momentos y actividades de ocio. Vielva (2001) añade “los consumos que se producen en esta etapa son una serie de las principales preocupaciones con las que se enfrentan los padres y la sociedad actual”.

Según datos de la encuesta del Plan Nacional sobre Drogas, dirigida a estudiantes de secundaria entre 14 y 18 años pone en relieve las tendencias actuales del consumo adolescente de las drogas. Destacando que las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco. En especial, el consumo de alcohol se concentra en los fines de semana y el patrón de consumo se establece de carácter experimental u ocasional, vinculado principalmente a contextos lúdicos. Existe una diferencia en el consumo en cuanto al género, dado que las chicas consumen alcohol, tabaco y tranquilizantes con más frecuencia, pero en menor cantidad, mientras que los chicos hacen uso de drogas ilegales en mayor proporción.

¹⁴ Las Drogas de Síntesis son un conjunto de sustancias psicoestimulantes, en su gran mayoría son derivadas de las anfetaminas. Normalmente se presentan en comprimidos (pastillas) de colores, imágenes o logotipos.

¹⁵ Con institucionalización nos referimos a beber en la calle “botellón”.

Según el Observatorio Español sobre Drogas (2000), el contacto de los escolares con las drogas se produce a edades tempranas, las edades medias de inicio para las distintas sustancias son 13,2 años para el tabaco, 13,6 para el alcohol, 14,5 para los tranquilizantes, 14,8 para el cannabis y 15,7 para la cocaína.

Apoyándonos en lo que manifiesta Pardo (2002), el consumo de alcohol entre adolescentes y jóvenes en España es elevado y tiene importantes consecuencias negativas tanto en salud, impacto económico, sanitario y social, es en parte debido al fácil acceso y el bajo coste de este. A pesar de las consecuencias, su consumo es considerado como algo normal por buena parte de la población, incluso por parte de los adolescentes que no pueden adquirirlo legalmente. Porque como ya hemos mencionado con anterioridad, su consumo cuenta con una amplia legitimidad social y cultural. Siendo realistas el consumo del alcohol está muy arraigado en nuestra cultura.

Siguiendo a Pardo (2002), no pudiendo estar más de acuerdo con él, las bebidas alcohólicas se promocionan a través de la publicidad, es ahí donde está la clave en la iniciación y el mantenimiento del consumo, destacando nuevamente que es la población joven la más influenciada por dicha publicidad, siendo estos el objeto principal debido a que están expuestos diariamente a través de distintos canales (televisión, redes sociales, etc.). Esta publicidad es visible sobre todo a través de spots y carteles publicitarios en espacios públicos, en el mobiliario¹⁶ urbano de bares y restaurantes dado que frecuentemente incluyen logotipos de bebidas alcohólicas como otra forma de promoción indirecta. Sin pasar por alto que las marcas de bebidas alcohólicas patrocinan con frecuencia eventos culturales y deportivos, haciendo así que se asocie la marca con valores positivos para la sociedad.

Todo esto lo que pretende es la normalización del consumo de alcohol, siendo la base del inicio precoz y sostenido de su ingesta, sin llegar a ser conscientes de las consecuencias negativas, especialmente en edades tempranas de la vida. Las consecuencias adversas a corto plazo son principalmente un retraso madurativo neuronal y un incremento de las lesiones por tráfico¹⁷. A medio plazo, el inicio precoz de consumo de alcohol se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar dependencia¹⁸ alcohólica, con las graves consecuencias sociales e individuales que conlleva. Por ello, la limitación de la publicidad a través de medidas regulatorias permitiría retrasar el inicio y poder reducir las cantidades consumidas por adolescentes y jóvenes.

¹⁶ Hacemos referencia a sombrillas, sillas, mesas, posavasos, etc.

¹⁷ Que son además la principal causa de fallecimiento entre los 18 y los 30 años.

¹⁸ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

2.2.2 LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA MUJER

En la ENA 2017-2024 citan a la Organización Mundial de la Salud (2010) que *identifica el consumo abusivo¹⁹ de alcohol como uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual. Un porcentaje significativo de maltratadores abusa del alcohol o es dependiente de esta sustancia.*

Por lo que la mujer, sufre por partida doble como víctima el consumo excesivo de alcohol. Primero por la violencia que es ejercida sobre ella por su pareja que consume alcohol de forma nociva, y segundo corriendo el riesgo de que ella misma termine con problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia. Así como que la violencia sexual ejercida contra ellas puede a su vez incrementar su consumo de alcohol.

De acuerdo con el Observatorio Noctámbulas (2018):

“El consumo de alcohol y otras drogas, sobre todo si es problemático, tiene una carga de estigma, pero, en lo respectivo al género, el consumo en mujeres y hombres es percibido de forma ambivalente: mientras a las mujeres se las sanciona socialmente, para los hombres opera como un elemento de estatus intragrupo. Se trata de una práctica leída como transgresora de las normas sociales y, por tanto, aceptable desde el modelo de masculinidad hegemónica orientada al riesgo, mientras que, en el caso de las mujeres, supone una ruptura con el modelo de feminidad hegemónico esperado. Cuando estos mandatos se cruzan con casos de violencias sexuales, el imaginario patriarcal juzga y culpa a las mujeres, mientras que exculpa y justifica a los hombres. Decimos entonces que el consumo de drogas funciona como un atenuante para los agresores, pero como un agravante para las agredidas. De hecho, no quedan lejos los mensajes de prevención de consumos basados en el mito de que el consumo vuelve a la mujer “presa fácil”, situando la responsabilidad sobre ellas y no sobre los agresores ni el contexto de desigualdad de género en el que se inscriben.”

Díez (2003) destaca que son varias las causas que llevan a la mujer a beber, por lo que existe una tendencia a considerar que la dependencia tiene un origen multifactorial. Algunas de estas causas que menciona son: el aumento de la disponibilidad de bebidas alcohólicas²⁰. Puede atribuirse es el símbolo de reivindicación del dominio de lo masculino. El modelo cultural y el rol, la mujer asume patrones de comportamiento que hasta el momento eran típicamente masculinos como beber o fumar.

Por tanto, la sobriedad de la mujer ha sido dictada por los códigos sociales, preservándola durante bastante tiempo de las consecuencias negativas asociadas al uso del alcohol, pero la tendencia actual a la reducción de las diferencias entre sexos modifica también los roles y por tanto las actitudes ante el alcohol.

¹⁹ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

²⁰ Debido a que ya no sólo se pueden adquirir en bodegas y bares, ahora también se pueden comprar en tiendas de comestibles o en grandes almacenes.

Debemos destacar los cambios que se han producido en la relación mujer-alcohol, son los siguientes: el aumento generalizado de consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo de cerveza y destilados. Las jóvenes consumen mucho más alcohol que el resto de los grupos de edad, llegando a un alto porcentaje a cifras que suponen riesgo para la salud. El patrón de ingesta tiene un importante incremento en la cantidad consumida en fin de semana y festivos. La pauta de consumo es preferentemente extra-doméstica en bares, restaurantes, fiestas, etc. Existe una tendencia entre las mujeres jóvenes a asociar el alcohol y el tabaco.

2.2.3 LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN EL HOMBRE

Según Díez (2003), históricamente, en la mayor parte de las sociedades, el consumo de alcohol y los problemas derivados del mismo son cuestiones preferentemente masculinas.

Díez Hernández, nombra a Graça Índias Cordeiro²¹ en un estudio que realizó, destacando que el alcohol forma parte de un juego tradicional de hombres ya adultos, significando la iniciación, virilidad, solidaridad, control social e integración.

En la sociedad, el consumo regular y cotidiano de estas bebidas, es asociado al disfrute del tiempo libre, descansando así de las obligaciones laborales, creando espacios separados de trabajo y ocio. Graça considera que existen dos rasgos característicos en este tipo de bebedores, el primero es que los hombres son los protagonistas de estratos socio profesionales bajos y el segundo rasgo es que siempre conducen el tiempo de juego con el consumo de bebidas alcohólicas (sobre todo vino y cerveza). Además, resume que la socialización, la construcción de identidades de género, la diversión, el fortalecimiento de vínculos a los grupos y actividades lúdicas, forma parte de la relación entre el juego y el alcohol, que hace que la convivencia masculina forme parte de un estilo de sociabilidad.

“Esta cultura es característica de los países de la cuenca mediterránea en los que el vino es la bebida predominante” (Díez Hernández. 2003).

Díez hace una comparación entre los países de la cuenca mediterránea frente a los países escandinavos, Estados Unidos y Canadá, en la que destaca que existe una diferencia en donde el consumo de alcohol no es habitual en las comidas ni se encuentra integrado en las actividades cotidianas, su acceso es más restrictivo por lo que las tasas de abstinencia²² son muy superiores. Sin embargo, al consumirlo es más probable que sufran una intoxicación²³. En estos países la cerveza y los destilados son las bebidas

²¹ Graça Índias Cordeiro es una antropóloga portuguesa y profesora del Instituto Universitario de Lisboa (ISCETE), tiene una larga experiencia en la enseñanza y en la investigación sobre la sociología urbana (la vida urbana, territorios, la identidad, barrios, sociabilidad, etc.).

²² Véase Anexo I. Glosario de Términos.

²³ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

preferentes. Pero al realizar una comparativa más reciente en los países europeos destaca que esa diferencia se va homogeneizando. Adaptándose a las nuevas formas emergentes de consumo, causando la variedad de comportamientos en regularidad y grado de embriaguez.

En España, a pesar de que el patrón de consumo se considera menos peligroso si se compara con el de otros países, el porcentaje de personas adultas que realizan consumos excesivos en una misma ocasión es más elevado, en cuanto a la población juvenil está en continuo aumento el número de intoxicaciones etílicas.

2.2.4 EL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

La familia en mayor o menor escala se ve afectada cuando uno de sus miembros padece el problema del alcoholismo, tal como estamos observando en Díez (2003). Dicho problema provoca situaciones tensas en el grupo familiar, alterando el funcionamiento familiar normal, perturbando la convivencia en el hogar, además de suponer un impedimento importante para que se produzca un desarrollo normal en las relaciones afectivas, así como de la comunicación familiar.

Además, destaca que la actitud de la familia frente al miembro alcohólico ha sido y sigue siendo negativa y contraproducente, las actitudes familiares que toman respecto al enfermo son de intransigencia y de condescendencia. Existe la tendencia tanto por parte de la familia como por la del enfermo a ocultarlo. En ocasiones es por desconocimiento, o porque lo consideran como un “vicio”, en otras es porque reconocer el problema trae la consecuencia de tener que dejar de beber, que en algunos casos es lo que no están dispuestos a hacer. Pero por encima de todo es la incompreensión que muestra la sociedad y la familia, ante el desconocimiento de dicha enfermedad y al no aceptar y asumir esta realidad.

Una de las principales causas de separación conyugal se debe a que un miembro de la pareja presenta una dependencia alcohólica, esto supone el comienzo de la marginación familiar y social del alcohólico.

Díez también afirma lo siguiente: *“La dependencia alcohólica está fuertemente relacionada con la violencia familiar (más del 60% de los casos denunciados de maltratos físicos y psíquicos)”*.

Es importante destacar que los hijos imitan el comportamiento, actitudes y costumbres de su entorno más próximo (en este caso ambos padres y hermanos mayores) por lo que puede influir de forma importante en su comportamiento con el alcohol.

2.3. ESTADÍSTICAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA

Según el Plan Nacional sobre Drogas el alcohol es la sustancia tóxica más consumida por los españoles, aunque según los últimos datos su consumo no parece estar aumentando. La Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (F.A.R.E.) recoge que el elevado consumo está determinado por: el alto prestigio del alcohol, la gran disponibilidad de las bebidas alcohólicas y por la laxitud hacia las restricciones legislativas.

En la ENA se recoge que el consumo de alcohol se mantiene estable, y que además sigue siendo la droga con mayor prevalencia²⁴ de consumo en España. Apreciando que, los menores hacen un elevado consumo de dicha sustancia, la forma en la que beben hace que siga siendo una prioridad las estrategias de prevención y control, puesto que es la primera causa de pérdida de salud en esta población.

En la encuesta EDADES 2017-2018, la cual comprende la edad de 15-64 años, recoge que una de las drogas más consumidas en España es el alcohol (con un 75,2%), presentando una prevalencia de consumo de alcohol en los hombres de un 81'3% y en las mujeres un 69'2%.

Dicha encuesta se centra en aspectos como: el consumo por tipo de bebida, los datos que reflejan es que las bebidas que más peso tienen son la cerveza con un 48'2% y el vino con un 26'1%. En cuanto a las razones de consumo, la razón principal es animar las fiestas (19'2%), seguida de personas que simplemente consumen porque les gusta (13'7%), (4'8%) porque cree que es saludable, (3'2%) para encajar en un grupo, (1'1%) consumen para emborracharse, y un (0'8%) para evitar la depresión.

En cuanto a la prevalencia de los consumos intensivos en el año 2017, recogen que un 18'6% se había emborrachado en los últimos 12 meses, el 7'1% se había emborrachado en los últimos 30 días, y un 15'1% "*binge drinking*"²⁵ últimos 30 días.

En cuanto al predominio de las borracheras, se puede hacer una comparación entre edades y sexo, los hombres entre 15-24 años presentan el 18'4% mientras que las mujeres con el mismo rango de edad presentan un 12'1%. En edades comprendidas de 25-34 años los hombres presentan un 14'3% mientras que las mujeres lo hacen con un 6'2%, de 35-44 años los hombres presentan un 9'1% y las mujeres un 2'9, entre los 45-54 años un 5'9% los hombres y las mujeres un 3'2%, y entre los 55-64 años los hombres presentan un 3'1% y las mujeres un 1'0%.

El alcohol es la sustancia que tiene una menor percepción de peligrosidad. Menos de la mitad de la población considera que consumir 5 o 6 cañas o copas el fin de semana causa muchos o bastantes

²⁴ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

²⁵ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

problemas. Esto produce que sea elevado el consumo de alcohol por parte de los menores, además la forma en que éste se realiza (bebidas de alta graduación, ingesta de alcohol en breves períodos de tiempo, elevado porcentaje de borracheras). Por todo ello sigue siendo una prioridad en las estrategias de prevención y control de drogas en todos los Planes contra las Drogas.

3. MARCO LEGISLATIVO

En España se reconoce el derecho a la protección de la salud en 1978 a través de la Constitución Española, concretamente en el artículo 43, en el cual se pone de manifiesto que son los poderes públicos aquellos responsables de organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios.

Como se ha hecho referencia anteriormente, La Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) señala que el alcohol es la primera causa de problema de salud pública, siendo preferente para la realización de estrategias de prevención, dirigidas mayormente a los menores.

En la actualidad, el alcohol se encuentra normalizado en la sociedad, siendo este uno de los motivos por los que los jóvenes comienzan a consumir alcohol a edades tempranas, aun conociendo los efectos negativos que produce a largo plazo su ingesta. Esto va de la mano con la masiva publicidad que se encuentra de manera continuada tanto en los medios de comunicación, donde se puede ver numerosos anuncios de cerveza, como en las redes sociales. Éstos son los medios más rápidos para llegar a la población joven, lo que provoca un aumento del riesgo de que éstos puedan desarrollar una dependencia alcohólica.

Por ello, se creó el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones a partir del Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre con la finalidad de mejorar la ejecución de las políticas y actuaciones estatales de control de la oferta y de reducción de la demanda de drogas, y teniendo como fin principal la colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

En Aragón, cabe destacar en primer lugar la Ley 3/2001 de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de Drogodependencias, la cual corresponde a las Administraciones públicas, en el ejercicio de sus competencias, la promoción, desarrollo, fomento, coordinación, control y evaluación de los programas y actuaciones.

En dicha Ley distinguimos aquellas proposiciones que pueden ayudar al retraso del inicio de ingesta, ya que haciendo hincapié en:

- a. Informar de aquellas sustancias que pueden generar cierta dependencia, así como los efectos, los riesgos y consecuencias*
- b. Educar para la salud, potenciando hábitos saludables y formar a los profesionales en este campo.*
- c. Reducir el interés social y la demanda de drogas.*
- d. Intervenir sobre las condiciones socioculturales que generan dependencia.*

- e. *Adoptar medidas que minimicen los riesgos para la salud.*
- f. *Regular y limitar la presencia, promoción y venta de drogas en el medio social.*
- g. *Fomentar la coordinación entre los recursos comunitarios y las redes sociales.*
- h. *Educar en el consumo responsable²⁶ de sustancias.*

Se puede prevenir el consumo masivo, suprimiendo el fácil acceso y los bajos costes que suponen adquirir una bebida alcohólica u otras sustancias adictivas, así como minimizar la vinculación a los contextos lúdicos.

Como se cita anteriormente, es importante reducir el interés, por ello se debería de reducir la cantidad de promoción directa de alcohol a través de la publicidad, como por ejemplo en el mobiliario que encontramos en los bares. Constantemente se recibe información sobre cualquier bebida alcohólica, independientemente del contexto donde nos encontremos, podemos ver anuncios de cervezas en un evento cultural. Esto provoca una idea equivocada de lo que es realmente el alcohol, convirtiéndolo en un elemento cotidiano del día a día.

Cabe destacar que en capítulo III, el cual nos habla de la prevención a través de medidas para la reducción de la oferta, concretamente la sección 1.a (limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco), el artículo 9, estructuran las condiciones recalando que se debe respetar las limitaciones impuestas:

a) No está permitida la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco dirigida específicamente a menores de 18 años. No se utilizarán argumentos dirigidos a menores de edad, quienes no podrán protagonizar anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas o de tabaco ni figurar en ellos.

b) Quedan prohibidos los anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco en publicaciones juveniles [...] tanto de televisión como de radio, en programas de contenido específicamente pedagógico o que vayan dirigidos exclusiva o preferentemente a menores de 18 años.

c) No podrá realizarse patrocinio, financiación o publicidad de actividades deportivas, culturales o de cualquier otro tipo dirigidas fundamentalmente a menores de 18 años [...] si lleva implícita la aparición de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionados con las bebidas alcohólicas o tabaco.

²⁶ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

d) No está permitido que los mensajes publicitarios de bebidas alcohólicas o tabaco se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico, a la conducción de vehículos, al manejo de armas, al éxito social o sexual y a efectos terapéuticos.

Volviendo al capítulo II dónde nos habla sobre la prevención a través de medidas para la reducción de la demanda de drogas, concretamente en el artículo 5 el cual se centra en la información, el Gobierno de Aragón, a través del órgano competente realizará las siguientes actuaciones de carácter informativo para la prevención de las drogodependencias. Se destacan:

a) Promoverá el desarrollo de campañas informativas sobre los efectos del consumo de drogas, con el objetivo de modificar actitudes y hábitos relacionados con el mismo, y facilitará el acceso de la población a la información sobre los recursos de intervención existentes.

b) Mantendrá los sistemas apropiados de información y de vigilancia epidemiológica para la detección de tendencias, hábitos, circunstancias en las que se producen y consecuencias del consumo de drogas, a fin de facilitar una adecuada planificación de la prevención de drogodependencias.

Destacando el apartado a), en el cual se habla de la modificación de actitudes, es importante volver a resaltar que desde la ENA ponen de manifiesto el riesgo que existe de que se produzca violencia de género contra la pareja, especialmente contra la mujer. El abuso de esta sustancia por parte de los hombres está socialmente más aceptado que el de la mujer, siendo ésta objeto de crítica social, por lo que esto puede producir una mayor facilidad para que la violencia por parte del hombre esté justificada.

Al haber tanta disociación del concepto del abuso de alcohol entre hombres y mujeres, así como la diferencia que existe en cuanto al estigma social de ambos géneros, esto provoca que se centre la culpabilidad de una violación de género en la mujer.

Para un freno en la adquisición de bebidas alcohólicas tanto en menores, adolescentes y adultos, la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias [modificado el artículo 12.6. a) por el artículo 37 de la Ley 10/2012, de 27 de diciembre], destaca la relevancia al control de la oferta de bebidas alcohólicas, ya que una limitación de éste supone una de las estrategias que priorizan.

Mediante esta Ley se pretende hacer hincapié en la educación dirigida a la salud para llegar a todos los medios educativos, ya que de esta forma los estilos de vida saludables sean una de las prioridades a trabajar desde las diferentes disciplinas y entornos profesionales. El objetivo que se pretende es que los individuos se conciencien de la toma de decisiones para su salud.

Es importante que en esta promoción hacia la salud intervengan y se comprometan distintos ámbitos tanto el social, familiar, escolar, laboral..., para que de esta manera tanto los objetivos como las actividades dirigidas educacionalmente para la salud se vean reforzadas siendo así un elemento clave de información, prevención y control.

En cuanto al II. Plan Regional de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010 – 2016 del Gobierno de Aragón, cabe destacar que la reciente Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016, que se destacan los cambios que se han producido en primer lugar, en el perfil del consumidor, el modelo del poli consumo más extendido, el descenso en la edad de inicio, siendo así más estrecha la relación entre los consumos y los espacios y tiempos de ocio.

El perfil del consumidor ha variado hacia la mujer, ya que son en estas donde se ha producido el cambio a mayor. Consumen mayor cantidad de alcohol durante los contextos de ocio y festivos, así como una mayor cantidad de ingesta, produciendo así situaciones de riesgo para la salud. Hay una predisposición al poli consumo, asociando el alcohol con el tabaco, o con otras drogas.

En cuanto a la edad de inicio, datos del Plan Nacional sobre Drogas, comienza a los 14 años, en muchos casos como una manera de introducirse en el grupo. Tiene unos efectos sociales muy potentes, provocando que la introducción al alcohol funcione como un “ritual” para ser aceptado socialmente.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, la Ley 3/2001, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de drogodependencias constituye el marco básico de actuación para abordar el fenómeno [...] que supone el abuso de sustancias psicoactivas y el desarrollo de patologías adictivas. El objeto de la Ley es establecer criterios que permitan una adecuada coordinación de instituciones y entidades que actúan en el ámbito de las drogodependencias, regulando el conjunto de acciones dirigidas a la prevención de éstas, a la asistencia y reinserción social de las personas drogodependientes y a la formación e investigación en este campo.

Es fundamental que se continúen con las investigaciones porque las intoxicaciones en jóvenes continúan con porcentajes muy elevados. Desde la encuesta de EDADES 2017-2018, los porcentajes de borracheras en jóvenes de entre 15-24 son más del 20%, con mucha diferencia entre la población de entre 45-50 no supera el 10%. El uso del alcohol continúa en crecimiento por estar tan arraigado a nuestra cultura.

4. METODOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

A continuación, se expondrá la hipótesis de partida y los objetivos propuestos, procediendo posteriormente a explicar la metodología seguida para la obtención de éstos y la verificación o no de la hipótesis planteada.

Para la realización del presente trabajo se han efectuado visitas a los centros, además de entrevistas en la que se ha obtenido información de entidades como Fundación Cristiana Visión para la Rehabilitación y Reinserción Social, U.A.S.A y ASAREX, pero para la elaboración del análisis nos centramos concretamente en ASAREX, ya que se nos dio la posibilidad de poder realizar las entrevistas tanto a usuarios como a familiares.

4.1 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La hipótesis planteada y de la cual partimos se basa en: tras la ingesta abusiva de alcohol se esconden problemas de carácter familiar, emocional, laboral, económico, etc.

A la hora de enumerar los objetivos, comenzaremos planteando el primero, el cual es conocer la función del trabajo social, más concretamente de la intervención que realiza la trabajadora social en el contexto de drogodependencia.

El segundo objetivo es conocer el momento por el cual una persona con problemas de adicción a sustancias es consciente de la situación en la que se encuentra, así como su capacidad para pedir ayuda. También conocer el punto de vista del familiar y cómo afecta las consecuencias de dicha situación a su vida.

En tercer lugar, conocer qué proceso se sigue una vez que la persona ha decidido pedir ayuda y/o ya está recibiendo una atención especializada.

Por último, dar a conocer la desigualdad que existe a la hora de intervenir con hombres y mujeres.

4.2 DIFICULTADES

Para la realización del presente trabajo de investigación, contactamos con las siguientes entidades a través de correo electrónico y llamada telefónica: Fundación Doctor Valero Martínez- ASAREX, Fundación Cristiana Visión para la Rehabilitación y Reinserción Social, Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (Proyecto Hombre), Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones (C.M.A.P.A), Consulting, Ita-Salud Mental, Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones Cruz Roja (U.A.S.A), Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones de Nuestra Señora de Gracia, Centro médico drogodependientes

"IZCA", Comunidad terapéutica LA ENCINA y la sección de drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública.

A día de hoy, solo se obtuvo respuesta al e-mail de forma afirmativa para la colaboración de dicho trabajo de los siguientes recursos. En primer lugar, de la sección de drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública, la cual indicó la dirección de su página web y expusieron que para cualquier duda se podría concertar previamente cita con ellos. En segundo lugar, de la Fundación Visión, dándonos la oportunidad de poder visitar su centro. En tercer lugar, la trabajadora social de la U.A.S.A y la trabajadora social de ASAREX, quienes aceptaron nuestra petición de tener una cita para conocer su trabajo desde el ámbito de trabajo social. Por último, el Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones (C.M.A.P.A). También se obtuvo respuesta de Consulting, aunque nos comunicaron que no nos podían ofrecer la ayuda que requeríamos para la elaboración del trabajo.

Ante las respuestas afirmativas se concertaron citas en las que se realizó una primera entrevista con la trabajadora social de ASAREX, donde estuvieron presentes la trabajadora social, la responsable de los grupos de familias y el responsable del grupo de veteranos (enfermo rehabilitado). En dicha entrevista la trabajadora social explicó el proceso que se llevaba a cabo desde que el enfermo entraba al recurso y decidía comenzar el proceso de rehabilitación.

Se visitó la Fundación Visión, donde nos atendió la coordinadora de la Fundación. Explicó el funcionamiento y cómo se realizaba el proceso de rehabilitación, desde que entraba la persona (de manera voluntaria o por orden judicial). Pudimos ver las instalaciones y los espacios de trabajo, así como los de ocio.

Además de la U.A.S.A, en la que en la primera cita le expusimos la idea del trabajo que íbamos a realizar y le pedimos la posibilidad de si nos podía facilitar información.

Finalmente, no se pudo concertar una cita con C.M.A.P.A, aunque la respuesta al e-mail fue en un primer momento de colaborar.

4.3 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

En un primer momento el planteamiento sobre el objeto de estudio iba dirigido hacia los adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y 18 años que habían acudido a un centro de rehabilitación. Tras la realización de varias entrevistas en la Fundación Visión y ASAREX, nos advirtieron de que era muy complicado acceder a los adolescentes y poder obtener información sobre su problemática, ya que la gran mayoría no admiten que se encuentran con dificultades con el alcohol.

De esa manera nos planteamos la reorientación de la presente investigación, por lo que finalmente decidimos realizarlo sobre la percepción y toma de conciencia de personas adultas que presentaban problemas de consumo de alcohol encontrándose en proceso de rehabilitación y/o ya rehabilitados, así como el poli consumo de alcohol con otras sustancias, y la percepción de los familiares.

La investigación se realizó en ASAREX, ya que como hemos mencionado con anterioridad, nos dieron la oportunidad de realizar dicho estudio, tanto a usuarios que acababan de empezar en los grupos y con su abstinencia o llevaban menos de un año en ASAREX, denominados usuarios iniciados, como a usuarios que llevan más de un año en abstinencia, denominados usuarios veteranos, además de los familiares de ambos tipos de usuarios, clasificando en los familiares iniciados y familiares veteranos.

En cuanto a las personas que se encuentran en ASAREX se diferencian usuarios con edades comprendidas entre 40 y 60 años, los cuales se encuentran en rehabilitación diferenciados en los dos grupos descritos anteriormente.

4.4 ÁMBITO GEOGRÁFICO

El presente estudio se realizó en la provincia de Zaragoza, en la Fundación Doctor Valero Martínez - ASAREX, localizada en la Calle Antonia Cánovas, número 23. Las entrevistas a los usuarios y familiares fueron realizadas en el mes de marzo y abril.

4.5 FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El procedimiento que hemos seguido para la realización del estudio ha sido el siguiente:

En primer lugar, se ha realizado una recogida de información a través de literatura científica, entrevistas, observación participante, cartillas informativas proporcionadas por ASAREX y la memoria de 2017 facilitada por la U.A.S.A.

La obtención de información la efectuamos como ya hemos mencionado a través de literatura científica, para informarnos sobre el tema a tratar y posteriormente poder realizar un guion de entrevista en el que pudiéramos recabar la información que nos interesaba para realizar el estudio.

Como hemos comentado al principio, también obtuvimos información mediante la realización de entrevistas cualitativas a los usuarios y correspondientes familiares, para poder así, conocer la perspectiva del sujeto estudiado. De esta manera, la entrevista estaba dirigida por ambas, enfocada a los sujetos que previamente se habían seleccionado de acuerdo con las características de edad, sexo y situación en el proceso de rehabilitación, ya sea iniciado o veterano.

Delimitamos el número de entrevistados, organizando de la siguiente manera el proceso; siendo nuestra intención ser lo más equitativas, escogiendo tanto a hombres como mujeres, por lo que, dentro del grupo tanto de iniciados como de veteranos, lo estructuramos siendo dos hombres y dos mujeres. Del mismo modo realizamos la de los familiares, siguiendo lo establecido dos hombres y dos mujeres. A la hora de realizarlas, no se cumplió de manera estricta lo propuesto, ya que colaboraron más mujeres que hombres.

Las entrevistas las realizamos en la sede de ASAREX, en la calle Antonio Cánovas, en una sala de la que nos dejaron hacer uso, la cual se usa para realizar el proceso de acogida, puesto que tiene una mesa redonda creando un clima confortable. En todo momento las entrevistas fueron guiadas por las dos, siendo flexibles a la hora de dejar expresar al usuario su respuesta o a la hora de que nos contase todo el recorrido que ha llevado mediante el consumo de alcohol. Nuestra intención era que se pudiesen abrir con nosotras, y así nos proporcionarán la información con la que se sintieran cómodos, pero sin dejar de tener presente los objetivos de nuestra investigación. En muchos de los casos al dejar que se expresaran se adelantaban a nuestras preguntas, puesto que se sentían cómodos y nos relataban sus experiencias.

Las entrevistas las planteamos de manera semiestructurada. Para la realización de dichas entrevistas realizamos diferentes guiones de entrevistas. Al principio hacíamos una recogida de datos sociodemográficos como la edad, el sexo, su estado civil y con quien residía. Posteriormente realizábamos las preguntas abiertas para que contestaran con la total libertad. Realizamos trece entrevistas, divididas en tres días. También mantuvimos una primera entrevista con la trabajadora social, como primera toma de contacto con la Institución, como bien hemos mencionado con anterioridad nos explicó cómo era el procedimiento cuando llegaba una persona, los profesionales que trabajan en la Fundación y los grupos que hay de usuarios y familiares, esta entrevista no fue grabada.

Hay que señalar que antes de dar comienzo a las entrevistas les explicábamos en qué consistía el trabajo y de qué manera íbamos a utilizar la información que nos proporcionarán. También les preguntamos si podíamos grabar toda la conversación, para posteriormente realizar la transcripción de ésta y poder obtener información para el presente trabajo. Les entregamos el consentimiento para darnos la autorización de todos los objetivos expuestos.

En cuanto a la observación participante, tuvimos la oportunidad de asistir a una sesión de cine que se realizó en ASAREX con los usuarios y familiares, dónde se visualizaban fragmentos de la película “Días sin Huella”, y posteriormente cada uno de los presentes comentaba lo que veía reflejado en la historia. De esta manera, tanto los usuarios como los familiares podían expresarse con total libertad y así ayudarse los unos a los otros a entenderse mejor y a ver que tanto una parte como otra ha tenido

dificultades y problemas durante todo el recorrido en su adicción al alcohol. También en las escenas podían verse reflejados tanto usuarios como familiares en cuanto a acciones, sentimientos.

Durante el debate, pudimos observar el comportamiento que tenían los usuarios con los familiares y viceversa, la mayoría era apoyo y comprensión, pero también se podían ver diferencias en cuanto a la manera de vivir ese proceso y la forma de expresar los sentimientos.

4.6 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En este subapartado incluimos los resultados del análisis de las entrevistas realizadas. El análisis lo hemos realizado según los objetivos planteados, por lo que comenzaremos analizando la información obtenida en el grupo de los usuarios iniciados, grupo de los usuarios veteranos y de los familiares de usuarios iniciados y veteranos relacionándolo con la literatura científica anteriormente expuesta.

4.6.1 USUARIOS INICIADOS

En el grupo denominado usuarios iniciados, se realizaron cuatro entrevistas dirigidas a tres mujeres y un hombre.

Por lo general y al tratarse de un recurso que solo trata la adicción al alcohol, el consumo de los usuarios era de dicha sustancia, aunque tras mantener entrevista con ellos, se pudo observar que algunos de ellos habían consumido y reconocen haber tenido problemas de adicción de otras sustancias, con esas sustancias nos referimos a consumo de drogas ilegales como el cannabis y la cocaína, así como la adicción a pastillas como el diazepam, entre otras. Como ya manifestamos anteriormente en el marco teórico, según el Plan Nacional sobre Drogas y la Estrategia Nacional sobre Adicciones, el alcohol supone el principal problema de salud pública siendo la sustancia tóxica más consumida causando graves daños tanto sociales como a terceros.

Los consumos expuestos por los entrevistados fueron anteriores a la ingesta del alcohol, siendo la cerveza el tipo de bebida alcohólica ingerida más común, a excepción de una persona que refiere que consumía bebida destilada (Whiskey), ya que el efecto del alcohol comenzaba con más rapidez y la sensación de embriaguez se potenciaba. El alcohol formaba parte de su rutina diaria, convirtiéndolo como un elemento necesario para poder desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, ya que si no conseguían ingerir la cantidad que su cuerpo les reclamaba comenzaban los síntomas propios de la abstinencia, nos describían algunos de dichos síntomas: temblores en las manos, problemas de visión, deliriums tremens, etc. En dos casos de los tres entrevistados no bebían si tenían que ir a trabajar o coger el coche, mientras que el tercer entrevistado, en alguna ocasión ingirió alcohol cuando tenía que coger el coche, poniendo en riesgo su vida y la de sus hijos.

Tras concluir con el resultado del consumo del alcohol analizamos el entorno social en el que se efectuaba dicho consumo, habiendo una diferencia en este grupo entre el género de los entrevistados, ya que desde la encuesta de EDADES 2017-2018, la prevalencia de consumo en hombres y mujeres muestra una diferencia del 12,1%, presentando un 81,3% de consumo en hombres y un 69,2% en mujeres. Mientras el usuario refiere haber sido un bebedor social, ya que anteriormente no había consumido alcohol, comenzando a raíz de dejar de tomar otras drogas durante su juventud. Este usuario nunca se escondió para beber, siendo el bar su lugar de consumo, por el contrario, las usuarias refieren que ingerían la sustancia a escondidas de la familia, incluso llegando a ocultar los recipientes de la bebida (latas, botellas) en cualquier parte para disimular la cantidad consumida, por tanto, el lugar en el que realizaban el consumo era en sus casas.

Los motivos por los que comenzaron la ingesta de alcohol son dispares tales como la soledad, evasión de la realidad, sentimiento de vacío, etc., refiriendo que simplemente comenzaron a consumir y continuó por convertirse en algo habitual. Por aburrimiento, el no saber qué hacer y tener pensamientos de vacío sin saber qué iba a hacer puesto que sus padres ya habían fallecido y su hijo se había independizado. O tras el fallecimiento de un hijo y marido, encontrando en el alcohol una vía de escape, recurriendo a él como modo de evasión en momentos en los que la soledad le consume. En cuanto al usuario, la relación que ha tenido con el alcohol comienza desde pequeño, ya que nos manifiesta que desde que tiene uso de razón lo ha conocido en su casa, ya veía que sus padres y sus hermanos consumían, por lo que lo adaptó como un elemento más de su vida. Otros motivos añadidos fueron las relaciones de amistad con las que comenzó a ir cuando ya tenía el problema de adicción al alcohol, provocando que se agravara más el problema y lo utilizara como herramienta de interacción social.

En cuanto a las distinciones de género en el consumo de alcohol, como ya mencionamos en el marco teórico, se han producido cambios en la relación mujer-alcohol, originando un aumento generalizado de consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo de cerveza y destilados. A diferencia de Díez (2003), el cual plantea que el patrón de ingesta tiene un importante incremento en la cantidad consumida en fin de semana y festivos, siendo la pauta de consumo extra-doméstica, las entrevistadas refieren que su ingesta de alcohol era realizada en un contexto doméstico. De esta manera, se puede comprobar que en dichos casos la afirmación anterior carece de veracidad, puesto que eran los hombres quienes consumían en contextos sociales, pese a realizar estas acciones a escondidas en muchas ocasiones. Según Graça Índias Cordeiro destaca que el alcohol forma parte de un juego tradicional de hombres ya adultos, significando la iniciación, virilidad, solidaridad, control social e integración.

Se puede destacar que las usuarias iniciadas no eran del todo conscientes de su dependencia al alcohol²⁷, ya que nos expresan haberse dado cuenta en situaciones puntuales y externas a ellas. Como a raíz de una operación complicada en la que, tras ingerir alcohol, comenzó a empeorar su estado físico, había estado inmersa en un ciclo de ingesta durante todos los días, por lo que su cuerpo ya no tenía la capacidad de consumir lo que consumía con anterioridad a la operación. El no reconocimiento del problema, siendo una persona conocida la que le cuestiona si bebe, y ante la negativa de la usuaria, la persona insiste recomendándole ASAREX, en ese momento es cuando le hacen darse cuenta de que tenía un problema ya que no paraba de beber desde el punto de la mañana, siéndole muy difícil reconocer su situación. El instante en el que, debido a estar absorta en el consumo de alcohol, desatiende una necesidad de un familiar que depende de ella, poniendo en riesgo tanto la salud del familiar como la suya propia. El usuario tras deshabituarse de las sustancias consumidas en el pasado, comenzó con el alcohol convirtiéndolo como una costumbre después de realizar diferentes tareas, como tras recoger a su hijo al colegio, llevarlo a realizar sus actividades extraescolares, etc. teniendo una excusa para poder beber y de esta manera cubrir su necesidad de consumo. En este caso, tampoco se reconoce el problema en un primer momento, lo que provoca que el usuario reaccione de manera contraria a la esperada, continuando con la ingesta.

El punto de inflexión el cual deciden poner fin al consumo y buscar ayuda son situaciones puntuales en las que se han visto envueltas. Como la posible pérdida de relación con el único hijo que tiene, acabar falleciendo como consecuencia de la ingesta masiva de alcohol, o poner en riesgo vida de un familiar dependiente. El detonante en el caso del usuario se produce tras pretender conducir el coche encontrándose en un estado de embriaguez, llevando consigo a su hijo, lo que provoca un toque de atención definitivo por parte de su pareja tras conocer su intención poniendo en riesgo la vida de su hijo y la suya propia.

Teniendo como referencia a los usuarios de iniciación, la mayoría de estos no han acudido a otros recursos salvo una usuaria. Que con anterioridad a su adicción al alcohol estuvo en la UTP del Hospital Provincial, puesto que presentaba un consumo adictivo a algunas pastillas, es un tratamiento que le propusieron y quiso realizar, constando de una duración de dos años, de los cuales dos meses era un ingreso en el hospital y después terapias alternativas. También nos cuenta su experiencia en Alcohólicos Anónimos. Cabe destacar que la iniciativa de ir a este último recurso fue de la pareja de esta, su experiencia no fue buena, ya que le pareció de carácter religioso además de un ofrecimiento masivo de números de teléfono de desconocidos ante una posible recaída²⁸.

²⁷ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

²⁸ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

Es cierto que el consumo de sustancias, en este caso, el alcohol, produce un cambio en la persona convirtiéndola en alguien contrario al que en realidad es, puesto que se ven inmersas en una vida que no es la suya. Por tanto, hay una diferencia en la vida de la persona durante el consumo abusivo de alcohol y después de poner fin a la ingesta. Son los propios entrevistados los que se dan cuenta de ese cambio de comportamiento, durante el consumo, su día a día consistía en levantarse y comenzar con su rutina diaria, la cual se veía enormemente afectada, reflejado en la falta de interés para ocuparse de las actividades tan básicas como comer o realizar las tareas del hogar, etc. Esto se traducía en beber como único objetivo durante todo el día. Después de poner fin al consumo se muestran más activos a la hora de realizar actividades sociales, así como cambios en los hábitos. El cambio de comportamiento que genera el saber que disponían de alcohol en casa les daba tranquilidad, pero en el caso de no tenerlo les producía ansiedad y nerviosismo. Por el contrario, el usuario no era consumidor dentro del hogar, por lo que esa preocupación de no tener alcohol era inexistente, ya que podía conseguirlo en un bar sin ningún tipo de restricción o problema.

Los usuarios comenzaron a darse cuenta de las consecuencias que tiene el consumo excesivo de alcohol durante un largo periodo de tiempo en su salud, ya que algunos de los entrevistados refieren que les falla la memoria, teniendo dificultades a la hora de recordar información simple como una fecha de cumpleaños. Aunque son conscientes de que la memoria no se recuperará completamente, es cierto que poco a poco van viendo una mejoría a la hora de expresarse, teniendo mayor fluidez con las palabras y un mayor registro de éstas. Van notando cambios en las interacciones sociales y familiares, lo que produce cambios positivos en las relaciones, motivándolos a continuar su deshabituación²⁹.

En muchas ocasiones les genera un sentimiento de vergüenza verse en esa situación, sobre todo el paso de pedir ayuda y tener que acudir a un centro para la deshabituación de la adicción, teniendo miedo al qué dirán y tendiendo al ocultismo. Algunos de los usuarios describen que al principio tenían vergüenza porque no conocían a nadie, por tener que recurrir a un sitio de esas características, ocultárselo a su familia a excepción del familiar que le apoya. Otros acuden de manera casual a ASAREX, pero sin embargo no ponen ningún impedimento para acudir, todo lo contrario, están mentalizados en el objetivo a cumplir, dejar de consumir. En algunos casos, usuarios que ya habían estado con anterioridad vuelven al centro, tras haberlo abandonado por ver que ya no tenían ningún problema y podían controlarlo ellos mismos, pero finalmente recaen. En un caso, el usuario primeramente acudía al centro como familiar, por lo que ya conocía de primera mano de qué manera ayudaban a las personas que consumían alcohol. Por ello, cuando tomó conciencia de su situación, ya sabía dónde acudir para la poner solución a la situación.

²⁹ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

En el tratamiento, existe la posibilidad de tomar una pastilla, denominada Antabus, la toma de este medicamento está a disposición del usuario no por imposición, sino que esta medicación es suministrada por el psiquiatra si el usuario lo desea, ya que les da la seguridad que los familiares reclaman, es decir, que no se produzca una recaída. Además de darles seguridad a los usuarios puesto que saben lo que conlleva mezclar la medicación con alcohol, ya que el antabus es completamente incompatible con el alcohol, produciendo efectos físicos de gravedad si ambas se consumen al mismo tiempo. Los entrevistados reconocen que al principio se han mostrado reticentes a la toma de esta medicación, ya que de esta manera tienen que dejar completamente el alcohol de un día para otro. Todos los usuarios tienden a pensar que podrían superar la adicción sin tener que hacer uso de ella, pero la intranquilidad de estos durante el proceso de deshabituación y el miedo a una recaída, decidieron comenzar a tomar la medicación. Una de las usuarias reconoce que si no tomase el Antabus está segura de que hubiera recaído. En el caso del usuario refiere que lo hace por su familia, concretamente por su mujer, para que ella esté más tranquila en cuanto a una posible recaída, puesto que él está convencido de que no la necesita. En cuanto a una de las usuarias, tenía una razón de peso para dudar de la toma del Antabus por su devastadora experiencia e intentos autolesivos, aunque tras una recaída decidió comenzar a tomarla.

Todos coinciden en que en ASAREX se sienten cómodos, arropados, porque tienen un teléfono al que poder llamar cuando no están bien físicamente o psicológicamente y existe el riesgo de una posible recaída. Refieren que el trato es muy bueno, puesto que, si los profesionales y responsables de grupo notan que les ocurre algo, les preguntan y hablan con ellos, no se sienten cuestionados, ni juzgados, no existen reproches, sobre todo en lo relativo a recaídas, provocando así el tener que volver a acudir a la fundación. Es un lugar donde pueden expresarse, teniendo la oportunidad de desahogarse con todos ellos, ya que han vivido la misma situación, siendo así la mejor forma para sentirse comprendido. Refieren que tienen un psiquiatra a cambio de nada, y que la fundación les ha ayudado con los brazos abiertos sea cual sea su historia y la dificultad que hayan tenido por el camino para dejar de consumir. Coinciden en que no creen que haya otro centro que te ofrezca todo esto, porque la familia por mucho que trate de entenderlos no conoce realmente lo que han sentido sufrido durante todo el tiempo consumiendo.

Ante la pregunta de si creían que si se podía hacer algo para prevenir esta enfermedad crónica como lo es la adicción al alcohol, todos los entrevistados coinciden en que lo que hace falta es información y lugares como ASAREX en los que se proporcione información y a los que poder acudir, incluso antes de beber. Destacan que la información debe de ser tanto para la persona afectada como para el familiar. No creen que se pueda hacer algo para prevenirla, pero hacen hincapié en que se debe de informar mostrando las múltiples consecuencias sin llegar a crear alarma social, puesto que todas las personas que consumen alcohol, no van a desarrollar una dependencia a este. Daban mucha importancia al hecho de que la juventud no es consciente del problema que acarrea el consumo excesivo de alcohol, provocando

a largo plazo daños físicos y psicológicos. Finalmente, todos coinciden en que el alcohol se ha relacionado con disfrutar, socialmente está muy aceptado, lo que hace más difícil que las prevenciones sean eficaces y disminuya su consumo.

4.6.2 USUARIOS VETERANOS

En el grupo denominado usuarios veteranos, se realizaron cuatro entrevistas dirigidas a dos hombres y a dos mujeres, para analizar las posibles diferencias o no entre los usuarios de este y distinto sexo, así como la manera en la que han llevado su desintoxicación³⁰ y llevan su deshabituación.

Todos los usuarios veteranos entrevistados salvo una excepción únicamente habían consumido alcohol. Una de las usuarias reconoce haber ingerido otro tipo de sustancia, las cuales fueron unas pastillas para adelgazar, siendo uno de sus componentes la anfetamina, además aclara que la mezclaba con alcohol.

Analizando el entorno social donde consumían alcohol como en el caso de los usuarios iniciados, coinciden en que el consumo se realizaba en casa, intentado ocultarlo y no ser vistos por sus familiares, por lo que en estos casos ninguno era bebedor social.

Los motivos por los que comenzaron a beber, en el caso de una de las usuarias refiere que su inicio fue por seguir la dinámica del grupo en un contexto de ocio, la cual empezó a ingerir alcohol los fines de semana refiriendo ser un consumo “normal”. Reconoce que el hábito de la ingesta de bebida alcohólica se fue afianzando, se dio cuenta de la situación cuando sin ingerir una mínima cantidad de alcohol, comenzaban síntomas de temblores, tranquilizándose y desapareciendo éstos al beber alcohol. Admite que antes de ir a trabajar necesitaba hacer ese consumo mínimo de alcohol para poder realizar su trabajo, además ese consumo se prolongaba a lo largo del día. Aunque no lo define como un motivo de peso, sí que manifiesta que el fallecimiento de su madre fue el motivo de una recaída que tuvo, para inhibirse de esa situación. Actualmente su rutina es otra, está más activa a la hora de realizar actividades sociales y de ocio. Otra de las usuarias entrevistadas que lleva mucho más tiempo en abstinencia nos manifiesta que no tuvo un motivo aparente simplemente bebía bastante, además cuando ella comenzó a beber ni siquiera sabía que era el alcoholismo. Su vida se basaba en levantarse cuando su marido se iba a trabajar para beberse una copa, como su cuerpo no la toleraba bien, la rechazaba, por lo que se volvía a tomar otra, se acostaba, se levantaba y volvía a beber, preparaba la comida y su tarde se resumía en beber y estar acostada en la cama, hasta la hora de hacer la cena, la cual preparaba, sin realizar ningún tipo de actividad de ocio, ni vida social. Actualmente su vida es diferente puesto que sí que realiza actividades

³⁰ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

sociales y de ocio, saliendo al cine, acude a la fundación, pasa tiempo con sus nietos, hace deporte, sale a merendar por ahí.

Por parte de los dos usuarios, el consumo comenzó también por un contexto social, es decir, comenzaron a beber cuando salían con los amigos, pero poco a poco se fue convirtiendo en una rutina en la cual bebían en solitario. Ambos se escondían para poder beber sin que nadie de la familia pudiera verlos, uno de ellos nos explica que se bajaba al trastero a beber tras haber dicho en casa que iba a bajar la basura. Uno de los usuarios refiere que el consumo adictivo comenzó cuando empezó a trabajar de camarero, ya que al terminar su jornada no iba a su casa, si no que se dirigía a diferentes bares para beber hasta altas horas de madrugada. Tras el bar, cogió un establecimiento, siendo él el dueño por lo que su consumo aumentó al estar solo en el local y tener la libertad para poder consumir sin límites.

Como se puede observar, estos usuarios han manifestado que el acceso al alcohol presenta una gran facilidad, ya que lo tienen al alcance en cualquier establecimiento sin tener ninguna restricción ante el elevado consumo. Esto se recoge de igual manera en la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (F.A.R.E), destacando que dicho consumo está determinado de igual manera con el alto prestigio que tiene el alcohol en la sociedad, sobre todo en España.

En cuanto a las relaciones sociales, una usuaria destaca que, durante su etapa de consumo, consideraba a su familia, es decir, a sus padres, como el enemigo, solo quería que la dejaran en paz, sin embargo, en esta nueva etapa de abstinencia destaca que está más unida a su padre, estando más pendiente de este y preocupándose por él. En el caso de los dos usuarios, la familia fue y es un pilar muy importante, los cuales conocían la situación por la que estaban pasando e intentaron ayudar, pero sin éxito alguno. No los consideraban como un enemigo, ya que a partir de las últimas llamadas de atención que les dieron, reaccionaron y comenzaron con la rehabilitación.

Una de las usuarias reconoce que sabía que tenía un problema, pero delegaba en dejar de beber al día siguiente, conducta habitual en personas que presentan dicha problemática, la cual llevaba ingiriendo alcohol desde los 17-18 años. Lo que le llevó a la determinación de mantenerse en abstinencia fue que, a consecuencia de la ingesta de alcohol, entró en coma etílico 24 horas, los médicos no sabían si iba a despertar, cuando despertó y se vio entubada y desorientada al no saber dónde se encontraba, cambió su percepción, poniéndole fin al consumo. Además de tener una motivación, que es su hija menor de edad. Otra usuaria nos cuenta que cuando llegó a la asociación hace 28 años pensaba que acudía a aprender a beber, ya que no se conocía lo que era el alcoholismo, fue consciente de que tenía un problema con el alcohol a través de una serie, en la que se vio reflejada en uno de los personajes, que era alcohólica, porque además de parecerse físicamente, se veía reflejada en las conductas que ésta presentaba. Ambas coinciden en que no sabían a dónde acudir, bien porque no se visibilizan centros como ASAREX, o bien

conocían la existencia de alcohólicos anónimos, pero las referencias de este recurso no eran buenas, por lo que decidieron no acudir. Uno de los usuarios estuvo ingresado en nueve ocasiones pasando por diferentes asociaciones e instituciones, pero sin tener resultado alguno, como hemos mencionado anteriormente. Consiguió estar un año sin consumir, pero tuvo recaídas ya que al encontrarse bien creía que por beber un poco no pasaría nada, pero no fue así. Tuvo problemas con los médicos, ya que cuenta que no le entendían, porque necesitaba una actuación rápida y eso dificultaba el poder dejar de beber. Llegó un momento en el que los médicos le comunicaron a su mujer que iba a fallecer si no encontraban una solución, por lo que ingresó en una casa de la Parroquia del Carmen, dónde consiguió no probar nada de alcohol debido a su internamiento, ya que comenzó a recapacitar y pensar. Llegó a ASAREX, tuvo que volver a la casa por recaídas, pero cuando salió supo donde tenía que acudir.

El otro usuario, ya conocía ASAREX porque pasaba habitualmente por la calle y sabía que esta asociación se dedicaba al tratamiento de personas con problemas de alcohol, por ello, cuando tuvo un toque de atención por parte de su mujer, supo donde tenía que ir. No hay mucha diferencia en el motivo principal por el que dejaron de beber, ya que uno de ellos refiere que se produce por la desestructuración de su propia vida, lo que conlleva a un deterioro familiar, económico, social... siendo consciente de ello, pero no pudiendo dejar de consumir. Cuando se encuentra sobrio, ve la situación que tiene alrededor, pero son pocos los momentos en los que se encuentra en ser estado, ya que abundan las ocasiones donde está ebrio³¹ y su único objetivo es continuar bebiendo. Al final se dio cuenta él mismo de que si seguía por ese camino, finalmente acabaría por destruirlo todo, por lo que “abrió los ojos”, viendo que todo lo que estaba haciendo era demasiado, intentó ponerle remedio, pero no supo dónde dirigirse. Probó diferentes medios, pero ninguno le resultó efectivo hasta que llegó a ASAREX, donde consiguió finalmente dejar de beber. Por el otro lado, el motivo del segundo usuario fue la toma de conciencia de lo que se estaba haciendo él mismo y a su familia, tras un toque de atención de su familia, lo que provocó que finalmente admitiera que tenía una enfermedad y debía de pedir ayuda. Ambos comienzan tras la advertencia de un familiar y porque ven que todo lo que han construido puede verse destrozado de un momento a otro, desentendiéndose de un hilo, de continuar con una vida dirigida hacia el alcohol o abandonar todo eso y comenzar una vida normal enfocada a la familia.

Ambas usuarias indican que tienen conocimiento de ASAREX por personas ajenas, es decir, por recomendación de una amiga la cual se dio cuenta de que necesitaba ayuda, indicando dicho centro y tras un ingreso hospitalario por el psiquiatra. Refieren que en su inicio en ASAREX fueron muy bien acogidas, aunque una de ellas recuerda que pasó un poco de vergüenza, pero luego se sintió como en su casa. En su comienzo les explicaron cómo era la asociación y el proceso que se seguía. También manifiestan como

³¹ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

los usuarios iniciados que el día que no pueden acudir a los grupos, es como si les faltase algo. Uno de los usuarios comenzó en ASAREX no siendo él mismo, ya que el alcohol había hecho de él una persona reservada que no se abría ni se expresaba con los compañeros.

En cuanto a la medicación, el Antabus, la usuaria veterana más reciente nos comenta que ya no lo toma. Los usuarios veteranos tampoco siguen tomando esta medicación, pero cuando comenzaron la rehabilitación sí que estuvieron un período tomándola. Uno de ellos, no estuvo con los aversivos durante mucho tiempo, durante unos tres meses, quitándoselos antes de que el médico se los quitara, ya que refiere que estaba muy mentalizado y convencido de que tenía que dejar de consumir. Nos comentó que el motivo por el que se los tomaba era principalmente por su mujer, ya que de esa manera él sabía que no estaría con un estado de nerviosismo constante por si se producía una recaída.

En cuanto a lo que se podría hacer frente a esta adicción, coinciden con los usuarios iniciados entrevistados, afirmando que la mejor opción es concienciar más de las consecuencias que provoca el alcohol, puesto que, al estar tan normalizado en la sociedad, no es percibido realmente como una problemática de gravedad, cuando en realidad sí lo es. Recalcan que habría que educar en los colegios puesto que, al no informarnos desde jóvenes, provoca un desconocimiento total y una introducción al consumo ajenos a las consecuencias que pueden provocar. Refieren que ni ellos mismos creían que fuera una enfermedad tan grave, por eso, en la asociación no hay personas jóvenes de 20 años. Los jóvenes que tienen la adicción al alcohol, pero al no haber creado ningún problema familiar, laboral, social..., por lo que continuarán consumiendo pudiendo llegar o no, a la adicción. Además, añaden que se podrían eliminar muchos de los anuncios de los medios de comunicación ya que existe una publicidad masiva de bebidas alcohólicas, sobre todo de cerveza, no solamente hacer campañas de prevención de accidentes de coches, porque el alcohol afecta en más ámbitos, como en la familia, en la violencia entre otras cosas. Una de las usuarias destaca que, eliminar esa publicidad no lo van a ni si quiera considerar ya que el alcohol produce muchos ingresos económicos en España. Los usuarios nos comentaron que realizan jornadas todos los años, donde tratan el tema del alcohol, pero es un ámbito que no le interesa a la sociedad, por su normalización.

En cuanto a la rutina, hay diferencia entre los dos hombres, ya que uno de ellos no ha variado en ningún aspecto su rutina, sigue realizando las mismas actividades, pero sin beber una gota de alcohol. El otro usuario, a diferencia, sí que ha cambiado por completo, ya que le tuvieron que jubilar porque el alcohol le había afectado de manera considerable tanto física como mentalmente. Cuando trabajaba su objetivo del día era encontrar la forma de poder beber sin que nadie de su familia ni en el trabajo lo viera o lo notara, en cambio, ahora su rutina está orientada a realizar actividades normales tales como las tareas

del hogar, uso del ordenador, ir a comprar, etc. Se puede observar que no todo el mundo afronta y cambia de la misma manera cuando ya no consume ninguna sustancia.

Las relaciones sociales en uno de los usuarios sí que se vio afectada, ya que los amigos desconocían el problema de consumo que tenía y al estar en un estado de embriaguez continuo y prolongado, era difícil poder quedar con los amigos. Esto provocaba así ideas equivocadas, creyendo que los rechazaban y no querían continuar con la relación de amistad, pero en realidad se trataba de la imposibilidad de asistir debido al estado en el que se encontraba. Por otro lado, el segundo usuario no tuvo ningún problema en cuanto a las relaciones sociales, ya que siempre intentaba llegar a un punto de embriaguez que pudiera controlar para no ser descubierto. Esto supuso que no se rompieran en ningún momento las relaciones familiares ni sociales, hasta qué momento en el que su pareja notó que se encontraba ebrio y le dio el toque de atención que hemos explicado anteriormente.

4.6.3 FAMILIARES

En cuanto a los familiares, se realizaron cinco entrevistas, diferenciándolos también tanto a familiares iniciados como de veteranos. Por tanto, fueron cuatro las entrevistas efectuadas a familiares de usuarios veteranos, las cuales cabe destacar que son mujeres y parejas de los usuarios. Además de, una entrevista a un familiar (hombre) de una usuaria iniciada, siendo este su pareja. Suelen ser los familiares más directos, es decir, las parejas, las que acuden con los usuarios a ASAREX. Brindado el apoyo necesario a dichos usuarios que han presentado dificultades con el consumo del alcohol. Por ello, se hará una distinción entre ambos grupos, ya que a la hora de atender y proporcionar apoyo puede existir una cierta diferencia entre sexos.

Hay que tener en cuenta la dificultad que genera tener a un familiar dependiente del alcohol, ya que provoca situaciones que afectan de forma directa en el entorno familiar, como recoge Díez (2003). Dichas situaciones generan tensión en el grupo familiar, alterando su funcionamiento normal, perturbando la convivencia en el hogar, además de suponer un impedimento importante para que se produzca un desarrollo normal en las relaciones afectivas, así como de la comunicación familiar.

Como nos han destacado en las entrevistas los usuarios, y como se verá a continuación, existe la tendencia tanto por parte de la familia como por la del enfermo a ocultarlo. Debido al desconocimiento, o porque lo consideran como un “vicio”, en otras es porque reconocer el problema trae la consecuencia de tener que dejar de beber, que en algunos casos es lo que no están dispuestos a hacer. En la mayoría de los casos se debe a la incompreensión que muestra la sociedad y la familia, ante el desconocimiento de dicha enfermedad y al no aceptar y asumir esta realidad.

4.6.3.1 FAMILIAR INICIACIÓN

En este grupo únicamente pudimos entrevistar a un hombre, pareja de la usuaria, como hemos explicado en el apartado anterior.

Es importante que el familiar o la pareja de la persona con problemas de adicción conozca bien el estado en el que se encuentra, ya que de esta manera hay más posibilidades de que se establezca una solución. El usuario refiere que en un primer momento cuando se conocieron, desconocía su adicción, pero conforme iba pasando el tiempo se daba cuenta de lo que estaba ocurriendo. Desde el primer momento le brindó el apoyo necesario, ya que para él el amor y el cariño conlleva estar en todos los momentos tanto buenos como malos.

Aceptar el problema tiene muchas dificultades, como nos comentaba la pareja de la usuaria, siendo lo que le ocurrió a ella. En un primer momento sabía que tenía un problema, pero no quería aceptarlo, hasta que en un momento determinado aceptó ir a ASAREX y comenzar con el tratamiento. Dejaba claro que a una persona no puedes forzarla a que haga algo si no está totalmente mentalizada ni pone de su parte, ya que, si no es así, no habrá ninguna probabilidad de que el tratamiento funcione.

No conocían la fundación ASAREX, la pareja de la usuaria nos comentó que había pasado innumerables veces, pero desconocía que se realizaba dentro. Llegaron de casualidad tras comprar en una papelería una participación de lotería de ASAREX, donde le informaron que ese lugar era para personas con problemas de alcohol.

En cuanto a la manera de vivir esta situación, el familiar nos comentaba que le resultaba complicado debido a problemas ajenos al alcohol, por lo que dificultaba la recuperación³² de la adicción. Él se encuentra en un estado de tensión por si en algún momento se produce una recaída.

Cuando le preguntamos si sabe si ella ha dejado de consumir alcohol por sí sola, nos recalca que él es una pareja de un período corto, ya que llevan un par de años, por lo que no ha convivido con ella siempre. Nos comenta que cree que sí que lo habrá intentado, pero no ha podido dejarlo lleva consigo lo han dificultado. Debido a las circunstancias que le han ido ocurriendo a lo largo de la vida, es decir, los problemas que

Antes de que comenzara con la medicación (antabus), la pareja nos comenta que sí que ha habido más de una ocasión en la que se ha conpadecido de ella, permitiéndole beber, ya que la usuaria mostraba un gran impedimento a la hora de obedecer a su pareja y no consumir. Actualmente con la medicación no ha consumido en ningún momento.

³² Véase Anexo I. Glosario de Términos.

En cuanto a los apoyos que ha recibido y recibe son por parte de su pareja y de su hermano. Su marido y uno de sus dos hijos fallecieron, por lo que antes de comenzar con su pareja actual no tenía relaciones sociales y familiares (únicamente su hermano) que le brindaran apoyo y ayuda para dejar el consumo de alcohol.

La pareja nos cuenta que ella no ha consumido otra sustancia que el alcohol, pero sus hijos y su marido eran fumadores, y él también es fumador, por lo que ha sido y es fumadora pasiva.

4.6.3.2 FAMILIARES VETERANOS

Como ya hemos mencionado anteriormente, las cuatro personas que fueron entrevistadas perteneciente al grupo de familiares veteranos fueron mujeres.

La mayoría de las entrevistadas refieren no haberse dado cuenta de que su pareja presentaba un consumo de alcohol prolongado en el tiempo, hasta situaciones en las que el problema era más que evidente. A excepción de una de ellas, que refiere que empezó a darse cuenta muy joven debido al cambio de carácter que presentaba su marido con tan solo la ingesta de una cerveza, por ello decidió informarse y comenzó a leer puesto que entonces no había tanta accesibilidad a internet como en la actualidad, al observarlo se dio cuenta de que todos los síntomas coincidían con los de su marido. Dos de las entrevistadas coinciden en la manera de ser conscientes de la situación de sus maridos, puesto que ambos presentaban problemas de salud.

Al llegar a casa de trabajar se tomaba un cubata, siempre estaba bien, así que cuando llegaba a casa, él estaba cansado y se dormía, por lo que no era una persona que diese problemas. Empezó a tener problemas de salud, terminando en un coma etílico. El proceso de consumición fue progresivo, puesto que cuando comenzaron su matrimonio, él no bebía alcohol. Recalca que los últimos años fueron difíciles, ya que había cambiado su forma de ser, no era la misma persona. Buscaron ayuda y acudieron a CMAPA, pero su experiencia no fue buena, explica que las terapias eran conjuntas, enfermos y familiares, por tanto, los enfermos no se atrevían a hablar ni tenían la libertad de expresarse sin sentirse juzgados, ocurría igual con los familiares, ya que tampoco tenían la libertad de hacerlo. No obtuvieron la ayuda necesaria que necesitaron en un momento determinado, cuando sufrió una recaída. Por lo que tuvieron que buscar otro lugar en donde lo pudieran atender, fue la hija de éstos la que encontró a ASAREX, porque ella se veía anulada, sin saber cómo reaccionar ante la situación, reconociendo que era codependiente³³. Nos manifiesta que fue él el que tomó la decisión de acudir a la asociación, porque tenía ganas de salir de esa situación, aunque destaca que le costó mucho.

³³ Véase Anexo I. Glosario de Términos.

Es cierto que los familiares, como nos han hecho llegar los usuarios, realmente, por mucho que intenten comprenderlos y entenderlos, les resulta muy complicado. Una de las entrevistadas refiere que realmente hasta que no llegaron a la asociación, no entendía que el alcoholismo es una enfermedad, y no es fácil comenzar la desintoxicación cuando uno quiera. Su percepción y lo que entendía antes era que su marido ni por la familia, ni por sus hijos, ni por su trabajo, dejaba de beber, ella consideraba que era sencillo de hacer. Reconoce que al no beber no entendía por qué él no podía no consumir. Pero con la información que se le proporcionó a su llegada a ASAREX, comprendió realmente que era una enfermedad que sería crónica, es decir, siempre iba a ser alcohólico, aunque ya no consumiera, así como las pautas que debía de seguir para ayudar durante toda la etapa de rehabilitación.

Una de las entrevistadas nos relata que tardó en darse cuenta, pero tras un accidente laboral llevaron a su marido al hospital, donde estuvo ingresado y comenzó a padecer delirium tremens, es en ese momento cuando es consciente del problema de su marido, puesto que no había visto indicios. Refiere que es una persona tranquila y en las salidas con amigos ambos han bebido lo mismo. Sin embargo, él se ocultaba para beber.

En el caso de otra de las entrevistadas, fue la madre de ésta la que se percató de la situación y al comentárselo, la entrevistada empezó a atar cabos y observarlo. Refiere que hubieran tardado mucho más tiempo en darse cuenta si él no hubiese mezclado la medicación (antidepresivos) con la ingesta de alcohol. Reconoce que ambos bebían, pero él se controlaba bastante. En ese tiempo la entrevistada tuvo problemas de salud, teniendo que ser intervenida, lo que le impedían ser del todo consciente de la situación en la que se encontraba su marido.

Al encontrarse en una situación tan complicada y compleja, provoca sensaciones de angustia, agobio, ansiedad, vergüenza, preocupación y de malestar en los usuarios y en sus familias. En el caso de las entrevistadas nos manifiestan que la situación la han vivido mal. Puesto que a algunos de los usuarios les ha costado años mentalizarse, teniendo que encargarse prácticamente solas de la educación de sus hijos, de intentar ocultarles la situación a sus hijos, lidiar con la economía, el trabajo, etc. También por no entender lo que ocurre, estando en alerta constante, preocupándose por él cuando no está en casa.

Una de las entrevistadas, comenta que solo tenía ganas de salir de casa y que la vuelta a casa le resultaba agobiante y una incógnita, debido a que no sabía en qué estado se lo iba a encontrar. Otra de las entrevistadas, relata que esa temporada fue complicada, puesto que tras el ingreso de su marido y los deliriums tremens, su pronóstico era muy negativo. Fue el jefe de psiquiatría del clínico que entonces era el Doctor Valero, el que les informó de la asociación. La recuperación fue favorable hasta el momento en el que se produjo una recaída, la cual su mujer vivió como una pérdida de confianza, tras haber estado a su lado, cuidándolo y atendiéndolo, habiendo logrado su abstinencia durante mucho tiempo.

El apoyo de personas cercanas en este tipo de situación es una de las cosas más importantes. Se destaca que todas las entrevistadas han apoyado a sus maridos, desde el primer momento. Además del apoyo de sus parejas, también recibieron el de alguno de sus familiares como sus hijos. Bien es cierto que, aunque el apoyo es importante, no siempre funciona. Una de las entrevistadas destaca que paradójicamente cuando su marido dejó de recibir su apoyo, fue cuando se lo tomó en serio, dándose cuenta de que lo podía perder todo, es entonces, cuando se ven en esa situación cuando reaccionan. También refiere que cuando son ellos los que piden ayuda sinceramente, hay que proporcionársela incondicionalmente, pero mientras ellos fallan no.

Una de las personas entrevistadas destaca que se ha visto inmersa en la vida de él, no la suya, ahora reconoce que ha habido un cambio en su familiar, disfrutando de sus nietos lo que no ha disfrutado con sus hijos, descubriendo en él lo buen padre y abuelo que es.

Alguna de las entrevistadas manifiesta que ahora tienen una vida en común, haciendo cosas juntos, ahora existe comunicación entre ellos. Otra de ellas nos relata que ha visto un cambio en él, ha vuelto a estudiar, colabora más en las tareas del hogar, está en el grupo de teatro de ASAREX, acude a las reuniones del grupo de veteranos. La mujer de uno de los usuarios comenta que ahora se puede establecer una conversación con él, como la puedes tener con cualquier persona, tiene una pareja, un compañero, un amigo, un marido, un amante.

Todas, salvo una entrevistada, refieren que sus parejas han intentado dejar el consumo de alcohol, sin ayuda de ninguna institución o recurso, pero no lo consiguieron.

Todas coinciden en que el acudir a los grupos de ASAREX es fundamental para que no olvidar lo ocurrido y no recaer. Además, destacan que están muy contentos y que esperan poder seguir estando ahí para poder ayudar a la gente que vaya, como lo hicieron con ellas puesto que a ellas les sirvió de ayuda.

En cuanto a la prevención del consumo adictivo del alcohol, refieren que hay que educar, informar y hablar de las consecuencias, disipando los tópicos arraigados en la sociedad sobre el consumo del alcohol. Nos encontramos en un país donde beber es una actividad social normalizada, lo que resulta difícil poder erradicar, además de los intereses económicos que genera el alcohol.

4.7 DATOS RELEVANTES OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ADICCIONES- CRUZ ROJA DE ZARAGOZA.

A continuación, se explicará brevemente la información obtenida tras la entrevista con la trabajadora social de la U.A.S.A, además de la información relevante de la memoria del año 2017 facilitada por ésta.

La Unidad de Atención y Seguimiento de las adicciones, realiza una atención y tratamiento de sustancias psicoactivas. Aunque la U.A.S.A presenta varios programas ante el consumo de sustancias, haremos referencia al programa de alcohol, el cual tiene los objetivos de reducir el consumo, desintoxicación, deshabituación, realizando un abordaje psicosocial y llevando a cabo un control evolutivo hasta la valoración del alta.

Según datos de la memoria de la U.A.S.A del año 2017, atendieron a 255 usuarios de nuevo ingreso, interviniendo con 156 familiares. Desde su apertura en el año 2000, han atendido a más hombres (83%) que mujeres (17%). Destacando que desde su apertura dicha atención no ha variado mucho, puesto que en 2017 registraron con un 82% atención a hombres y con un 18% atención a mujeres. Además, en la distribución por edades se observa que el intervalo de edad de los pacientes es más frecuente en hombres a partir de los 45 años y en mujeres a partir de los 51. Destacando que la edad mínima de inicio de consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres fue a los 11 años, y la máxima en las mujeres en 54 años.

En cuanto a la edad máxima de inicio en el programa por adicción al alcohol, en hombres es de 66 años, y 83 años en mujeres.

Los pacientes que presentan estas adicciones muestran antecedentes de consumo en familiares, ya bien porque siguen consumiendo o han sido consumidores de alcohol, otras sustancias además del padecimiento de algunos de ellos de trastornos mentales.

Una de las sustancias principales de consumo es el alcohol, presentando un 18% en la memoria se destaca que el consumo de alcohol ha aumentado respecto a 2016, siendo un 25% en 2017, además de que en la entrevista con los datos de 2018 se destaca que está habiendo un repunte y por consiguiente los pacientes que acuden por consumo de alcohol está aumentando. También se debe por el poli consumo que presentan gran parte de los pacientes, requiriendo un abordaje terapéutico integral.

En el inicio del tratamiento por otras sustancias, el 63% de los pacientes refieren consumir de forma habitual alcohol, además de la sustancia principal por la que solicito el tratamiento. Dejando constancia en la memoria, que el consumo de alcohol no queda bien reflejado en las estadísticas debido

a que existe una fuerte tendencia a minimizar, tanto su ingesta como sus efectos, sin ser considerados por los pacientes como un consumo problemático al estar por debajo de determinadas cantidades.

En cuanto al estado civil, destacan que debido a la situación de adicción que presentan, las relaciones de parejas suelen ser bastante inestables, presentándose un elevado índice de rupturas en cuanto a la convivencia, siendo la situación más habitual familias reconstruidas o vínculos de corta duración. Los porcentajes más destacados en cuanto a convivencia son la familia de origen con un 37% y la familia adquirida con un 38%.

La situación laboral de los usuarios en 2017 es mayormente desempleada presentando un 50% frente a un 28% de los activos.

5. PAPEL DE LA TRABAJADORA SOCIAL EN EL ÁMBITO DE DROGODEPENDENCIA

Seguidamente se va a desarrollar la función que cumple el trabajo social en materia de drogodependencia, tanto a nivel grupal, individual y familiar, el proceso de intervención que siguen las trabajadoras sociales, las técnicas utilizadas para recabar información y las fases para llevar a cabo la intervención, además de los modelos utilizados. Se relacionará con la teoría expuesta a continuación con la información obtenida en ASAREX y en la U.A.S.A.

Juan Mayor (1995), considera las drogodependencias como un objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social, aunque destaca que no es el único objeto de investigación e intervención. Además, este autor cita a Ander Egg (1992), para aclarar que el objeto del Trabajo Social, debe ser entendido como un campo interdisciplinar a través del cual se desarrolla una acción social y se aplica una tecnología social para producir un cambio en el contexto social o en la interacción entre los sujetos y el contexto social.

“La labor del trabajo social es aquella que actúa directamente con el usuario desde el principio de la intervención hasta que finaliza, esta durante todo el proceso, pudiendo así, ver la evolución que va teniendo el individuo.” (Robertis, 1992)

Escartín (1992) señala cuatro tipos de intervención: con individuos, con grupos, con familias y en la comunidad, y definiendo la intervención como *“la acción guiada por el conocimiento, valores y habilidades del trabajador social hacia la consecución de metas específicas”*. A diferencia de Escartín, Mayor (1995) determina tres fases del proceso de intervención: prevención, intervención con el individuo y reinserción.

En cuanto a la intervención con individuos, Barbero (2003) establece el protagonista es la persona, centrandose el abordaje en las relaciones que se producen entre la sociedad y la persona. Añadiendo a Ander-Egg (1996) quien destaca que también hay que tener en cuenta la situación de la persona con su familia, para así poder conocer cómo ello ha influido en su personalidad.

En cuanto a la intervención con grupos, se trabaja en grupos pequeños de menos de 12 personas, con el objetivo de *“ayudar a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas en grupo enfrentándose a los problemas personales, de grupo o de la comunidad, de una manera efectiva”* (Escartín. 1992). La persona sigue siendo objeto de intervención, teniendo en cuenta para el abordaje las situaciones sociales personales. Según Barbero (2002), el grupo sustituye el entorno social del individuo, siendo esto necesario, para que la persona pueda aprender o modificar ciertos aspectos.

En cuanto a la intervención con familias, Escartín (1992) defiende la importancia de implicación de la familia en el proceso de intervención, con el objetivo de poder modificar la problemática del grupo familiar, ayudando y satisfaciendo sus necesidades y, potenciando sus recursos internos, sin aislarla del entorno social del que forma parte.

Por último, teniendo en cuenta la intervención en la comunidad es importante destacar que es la comunidad la que favorece un desarrollo educativo y organizativo. Según Escartín (1992) es:

“Educativo, porque la materialización de proyectos es mucho menos importante que los cambios cualitativos que se manifiestan en las actitudes y en la vida de relación. Y de organización, porque promueve la acción colectiva, reorienta las instituciones y requiere la aparición y la capacitación de nuevos líderes locales”.

Barbero (2003) recoge siete tareas que se llevan a cabo en los procesos organizativos: descubrir los puntos fuertes y las necesidades del medio social, contactar y concienciar a las personas de la necesidad de una intervención con la comunidad, repartir las tareas entre las diferentes estructuras, identificar y elaborar los objetivos que se quieren alcanzar, potenciar una organización activa, ayudar a comunicar y poner fin al proceso organizativo.

En cuanto a las técnicas utilizadas para las distintas intervenciones, López (2010) clasifica en función de los tipos (individual, grupal) y del momento de la intervención del que se trate (inicio, desarrollo, final).

Tabla 1. Técnicas utilizadas en la intervención con individuos.

Evaluación inicial	Contacto con el usuario, entrevista, análisis del contexto, cuestionario, escala de evaluación, consultas a experto, contrato con el usuario
Desarrollo e intervención	Clarificar-apoyar, informar-educar, confrontación, persuasión y consejo, controlar y poner límites, organizar una relación de trabajo con el usuario
Evaluación final	Entrevista final, técnicas de medición, elaboración de buenas prácticas

Fuente: López (2010).

Tabla 2. Técnicas utilizadas en la intervención con grupos.

Evaluación inicial	Entrevista, análisis del contexto, establecimiento de metas y objetivos grupales e individuales, programación temporal del trabajo grupal
Desarrollo e intervención	Técnicas de iniciación, cohesión, de trabajo y correspondencia
Evaluación final	Entrevista final, técnica de medición y evaluación exhaustiva del grupo, elaboración de buenas prácticas

Fuente: López (2010).

De acuerdo con Brezmes (2001), que divide el proceso de intervención en ocho fases que sigue, o debe seguir el trabajador social para poder alcanzar los objetivos propuestos, son las siguientes:

- Fase de preparación, donde el/la trabajador/a social recogerá la información necesaria para la intervención.
- Fase de acogida con el/la usuario/a.
- Fase de exploración-estudio en la que el/la usuario/a reflexionará sobre lo que le ha llevado a solicitar ayuda.
- Fase de diagnóstico y de planificación inicial.
- Fase de contrato en la que ambas partes llegarán a un acuerdo sobre la intervención.
- Fase de intervención.
- Fase de evaluación y finalización. Se revisará el proceso que se haya llevado a cabo, sobre todo, los aspectos positivos y finalizará la relación entre profesional usuario.
- Fase de evaluación profesional. El trabajador social evalúa todo el proceso y elabora el informe pertinente.

Puyol (2006) diferencia y define las fases de intervención a seguir con los/las usuarios/as drogodependientes de la siguiente manera:

Tabla 3. Fases de intervención en materia de drogodependencia desde el Trabajo Social.

ACOGIDA

El/la trabajador/a social conoce la demanda del paciente, su origen, se informa sobre el tratamiento, se deshacen mitos y se informa del funcionamiento del centro.

ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	Conocer la situación del paciente y su familia para establecer las líneas de actuación, puesto que toda intervención tiene que adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes.
DIAGNÓSTICO	Será interdisciplinar biopsicosocial y pretende comprender la situación del/de la usuario/a.
PLAN DE ACTUACIÓN	Se concretarán los objetivos y las estrategias de actuación.
TRATAMIENTO	El tratamiento tiene varias fases. La primera es la desintoxicación donde se suprime el consumo de la droga y se trata el síndrome de abstinencia y puede ser ambulatoria o intrahospitalaria. La segunda fase es la deshabituación que pretende eliminar la dependencia a la sustancia cambiando el estilo de vida del paciente. Y la última fase es la de mantenimiento y otras situaciones que se suele hacer mediante programas de mantenimiento con metadona para los consumidores de opiáceos.
INTEGRACIÓN SOCIAL	Se inicia y desarrolla al mismo tiempo que las anteriores fases y se utilizan redes y recursos que favorezcan la normalización y eviten la segregación.
EVALUACIÓN	Se debe realizar durante toda la intervención mediante instrumentos de registro y evaluación como: la historia clínica, la ficha de identificación del paciente, los libros de registro, entre otros.

Fuente: Rizo (2014)

Se puede observar que todas siguen una estructura de fases muy similar para realizar la intervención, más adelante se expondrá la relación de dicha teoría con el tipo de intervención que realizan las trabajadoras sociales tanto de ASAREX como de la U.A.S.A.

La drogodependencia es una problemática donde intervienen diversos factores o aspectos, físicos, psicológicos, sociales y familiares. Cada persona que tenga un problema con alguna sustancia es diferente, es decir cada uno tiene los aspectos anteriormente descritos son diversas uno de otro. Por ello, es importante y necesario que la intervención con el individuo se realice desde un equipo multidisciplinar, para poder centrarse específicamente en la dificultad de cada uno.

Roca et al (1989) destacan que el objetivo para abordar la situación de drogodependencia, consiste en iniciar dispositivos y actuaciones para que el usuario tenga la capacidad de romper su dependencia física y psicosocial con las drogas. Para que esto ocurra es muy importante una relación de confianza y respeto que se establece entre el profesional y el usuario.

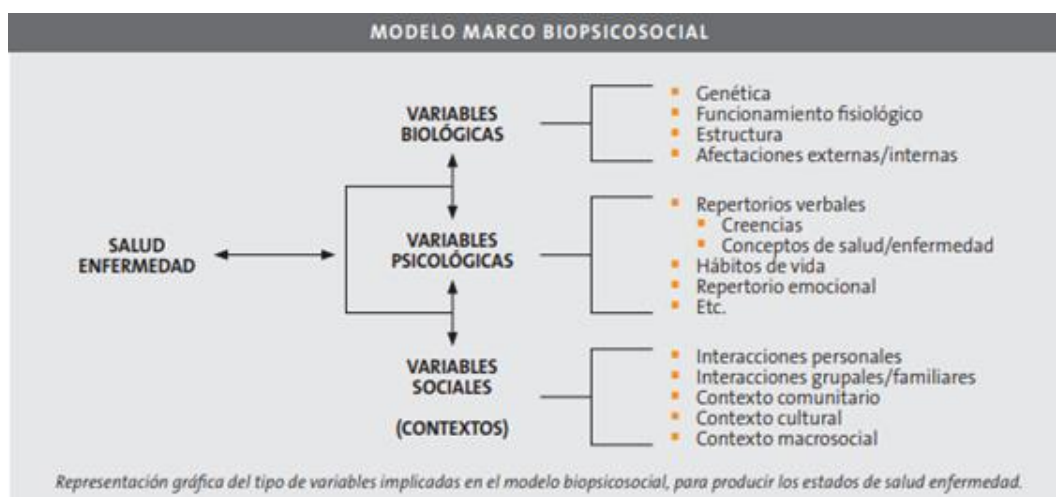
De acuerdo con Bobes, Casas y Gutiérrez (200), el modelo biopsicosocial, es el más utilizado para el tratamiento de las drogodependencias. El cual estudia las interacciones entre los factores que vienen dados por el consumo de drogas y el ambiente. De ahí la importancia del enfoque terapéutico que incluya tanto aspectos biológicos, como aspectos conductuales y sociales. Proyecto Hombre (2015) lo define, como un modelo general, planteando que tanto factores biológicos, psicológicos como sociales son los que desempeñan un importante funcionamiento humano, en este caso, tanto en el contexto de las adicciones como en la percepción de éstas. Esto supone que determinantes generales, incluyendo los sociales, intervengan en la salud y en el desarrollo humano.

Transmitiéndose en red tanto a la salud como a la enfermedad, puesto que los elementos de la red de relaciones están interactuando de manera continua y al mismo tiempo con otra, es decir, que, en materia de adicciones, éstas vienen causadas por varios factores. Por tanto, el consumo de drogas según este modelo, se debe a una causalidad en la que influyen de manera mutua diversos factores, dando lugar a situaciones concretas lo que produce que se pueda realizar una buena descripción sobre la adicción, teniendo en cuenta los niveles de consumo, abuso o dependencia de la sustancia, y la causalidad estructural.

Según Proyecto Hombre (2015) el componente biológico del modelo mencionado, *busca entender cómo la causa de la adicción se deriva del funcionamiento del organismo. Mientras que el componente psicológico encuentra causas psicológicas, como la falta de autocontrol, confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. Siendo el aspecto social el que investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden influir en las conductas adictivas.*

A modo de resumen del modelo biopsicosocial se incluye esta representación gráfica del tipo de variables implicadas en el presente modelo:

Representación gráfica 1. Modelo Biopsicosocial.



Fuente: Proyecto Hombre (2015).

En este modelo, los usuarios en tratamiento son considerados agentes activos en su proceso terapéutico, siendo la voluntariedad el elemento principal para iniciarlo y partícipes de este. Además, los componentes que forman este modelo garantizan las técnicas más útiles en cada momento y para cada persona.

Los modelos propios del trabajo social en materia de adicciones desde los cuales se puede intervenir para un resultado eficaz son el modelo psicosocial y el modelo familiar, haciendo en éste último hincapié en el trabajo en red.

Según Du Ranquet (1996) el modelo psicosocial se caracteriza por dos factores principales: el primero, considera el aspecto psicológico y social que implica cada caso, es decir, la persona en su situación. El segundo, es que concede importancia a un diagnóstico-evaluación que utiliza al mismo tiempo los problemas y los recursos, los puntos fuertes y los puntos débiles de la persona y de la situación.

Además de que éste modelo se apoya en la teoría de sistemas tanto en la recogida de datos como en la formulación del diagnóstico o la elaboración del plan de acción. Dirigiéndose a la persona que solicita ayuda en su contexto percibiendo en relación con las interacciones y transacciones de su entorno, pudiendo convertirse este entorno en el objetivo de los esfuerzos del trabajador social. (Du Ranquet, 1996).

Siguiendo a Du Ranquet (1996), la fase inicial de dicho modelo, tiene como objetivo la elaboración de un diagnóstico, además de, establecer una relación de trabajo con el usuario. Por tanto, para la

realización del mencionado diagnóstico, la trabajadora social necesita: comprender el problema del usuario, establecer un diagnóstico psicosocial de las fuerzas y debilidades del usuario y de su situación, comprender al usuario en el tratamiento estructurado un plan de acción y por último establecer una relación de trabajo entre la trabajadora social y el usuario.

Las técnicas de tratamiento recogidas por Du Ranquet (1996) pueden ser trabajo directo e indirecto. El primero, permite a la trabajadora social trabajar de forma directa con el usuario, ayudándole a cambiar ciertos factores de malestar presentes en el o en el entorno. Como, por ejemplo, proporcionándole apoyo y orientación. El segundo, permite a la trabajadora social trabajar de manera indirecta con usuario a través del entorno, con el objeto de modificar ciertas cosas en favor al usuario. Como, por ejemplo, utilizando y modificando el entorno.

Es esencial que el modelo de red se efectúe en la intervención, dentro del modelo familiar. Para que se produzca una óptima evolución en la rehabilitación, la familia debe de formar parte del proceso de manera activa.

Du Ranquet (1996) define *“el tratamiento familiar como un modelo que tiene por fin modificar o cambiar los elementos del sistema de relaciones familiares, elementos que representan un obstáculo para el cumplimiento de las tareas de la vida familiar y para el desarrollo de sus miembros”*.

Este modelo conduce las interacciones de los usuarios del grupo, de esta manera consigue que el efecto red en los miembros, comiencen a asumir que forman parte de un grupo particular. De acuerdo con Du Ranquet (1996), los usuarios tienen la experiencia de un nuevo sentimiento de libertad que proviene de una intimidad compartida, por ello es de vital importancia que el equipo de intervención debe tener una confianza real en los miembros de la red que conocen los problemas, los elementos decisivos y el espacio vital de la persona en crisis.

Se trabaja a través de los usuarios activos, dándoles la importancia que requieren para resolver los problemas propios y ajenos, resolviendo las posibles crisis que pueda aparecen durante el proceso de rehabilitación.

La intervención se realiza a través de un equipo de tres o cuatro personas, las cuales se conocen llegando a tener confianza los unos en los otros y conociendo la manera de comportarse de cada uno, en general y en su relación con los demás. El objetivo de la intervención de red es estimular, reflejar, centrar el potencial de la red para una solución recíproca de los problemas (Du Ranquet, 1996).

En base a las dos entrevistas realizadas tanto a la trabajadora social ASAREX, como a la trabajadora social de la U.A.S.A, es importante resaltar que el papel que realizan es fundamental para la evolución en el tratamiento, así como una prevención para que no se produzca una posible recaída.

A la hora de intervenir, existe una diferencia dependiendo del género de la persona, la edad, el tipo de sustancia consumida, las redes de apoyo, su situación laboral y económica. Dónde más se va a hacer hincapié es en la diferenciación de género.

Es importante recalcar que en ASAREX se dedica a tratar únicamente a personas con problemas de adicción al alcohol, mientras que en la U.A.S.A, tratan a personas que tienen una adicción a más sustancias además del alcohol, abordando también el policonsumo. Por ello, a la hora de explicar el proceso que llevan a cabo, puede conllevar algunas diferencias.

Ambas entidades que abordan dicha materia trabajan en equipos multidisciplinarios, con alguna variación en su composición, en la U.A.S.A el equipo se compone de trabajadora social, enfermeras, médica y psicóloga, mientras que en ASAREX se compone de trabajadora social, psiquiatra y usuarios rehabilitados (responsables de los grupos de terapia).

Por lo expuesto anteriormente y tras la observación participante realizada, podemos sostener que en ambas entidades siguen para su intervención el modelo biopsicosocial.

Además, la información facilitada de la U.A.S.A, recabada de la página web de ASAREX y obtenida en las entrevistas con ambas trabajadoras sociales de dichas entidades, hemos podido comprender cómo es el proceso y las funciones que cumple la trabajadora social dentro del equipo multidisciplinario en la intervención con personas que tienen problemas de adicción de consumo de tóxicos.

Por ello, comentado anteriormente se cumplen prácticamente todas de las fases de intervención expuestas por Puyol (2006) y Brezmes (2001), aunque bien es cierto que en dichas entidades se aprecian diferencias a la hora de intervenir.

En la U.A.S.A el proceso que se lleva a cabo a la hora de intervenir con el/la usuario/a comienza por la acogida, donde la trabajadora social realiza una primera entrevista, siendo una primera toma de contacto con el usuario. En dicha entrevista, el usuario expone la situación, la problemática que tiene, consistiendo en escuchar al paciente. Posteriormente, se realiza una segunda entrevista en la que se profundiza en los aspectos de su vida, para conocer si existe otro tipo de problema y/o carencia. Aunque en algunos casos no es necesario debido a que hay pacientes que tienen trabajo, familia y vivienda, es decir aquellas necesidades o aspectos de vida están cubiertos y no requieren la intervención de la trabajadora social. Dependiendo de los pacientes estará presente a lo largo del tratamiento y se realizarán entrevistas a modo de seguimiento.

El orden del proceso de rehabilitación se estructura en primer lugar con la desintoxicación de la sustancia, es decir, eliminando los restos de dicha sustancia del organismo. En segundo lugar, la

deshabitación³⁴, donde los profesionales le dan pautas³⁵ al usuario para perder el hábito de consumo y le proporcionan otras pautas³⁶ para que adquiera hábitos saludables. Y por último en tercer lugar, el mantenimiento de la abstinencia y por último la prevención de recaídas.

En cuanto al proceso de intervención que sigue ASAREX, la primera puerta de entrada es la trabajadora social, es decir, recibe al usuario y al familiar, y será quien les guíe en todo el proceso, realizando una primera entrevista, dando una atención psicosocial ya que ejerce alguna función de psicóloga debido a que influyen distintos factores: familiares, laborales, sociales... que se encuentran detrás del alcoholismo.

En esa primera toma de contacto con el usuario, realiza la apertura de una ficha, la historia social, en la que se recogen los datos personales y les proporcionan unas cartillas informativas de las que hablaremos más adelante. Por tanto, se encarga de proporcionar información tanto al enfermo como al familiar, y de remitir a consulta del facultativo que esté tratando al usuario, además de llevar un seguimiento a los enfermos y a los familiares. El psiquiatra³⁷, se encarga de prescribir el medicamento para la completa abstinencia de alcohol, conocido como Antabus.

El siguiente paso es la acogida, fase más importante en la que se realiza una entrevista más personal al usuario, ahondando en los problemas que le han derivado a verse en una situación de adicción al alcohol. Dicha entrevista es realizada por un veterano³⁸ puesto que puede descubrir las causas del usuario a consumir, haciendo que se produzca una identificación con el problema, necesaria para comenzar el tratamiento de abstinencia. Una vez que ha realizado la entrevista con la trabajadora social, el proceso de acogida y habiéndose establecido el tratamiento farmacológico por el médico correspondiente haya considerado adecuado, el usuario se incorpora al grupo de iniciados, donde se intercambiarán experiencias con sus compañeros de grupo.

El enfermo comienza en el grupo, pero también lo hace el familiar, siendo estos de gran importancia. Estos grupos ayudan que dicha persona se vea reflejada en otras, teniendo un espacio donde hablar de su situación, ya que existe gran prejuicio en la sociedad al hablar de drogodependencia y

³⁴ Hay centros de Rehabilitación, como la Fundación Cristiana Visión para la Rehabilitación y Reinserción Social, donde se encargan de la rehabilitación, asistencia, reinserción social y laboral. Se trata de una casa terapéutica con un tiempo de tratamiento de 1 año, y en la cual se realiza un acompañamiento las 24 horas del día. Tratan a personas con problemas de alcoholismo, drogodependencia, y ludopatía.

³⁵ Alejarse del entorno de la conducta tóxica, las relaciones sociales con las que consumía...etc.

³⁶ Deporte, actividades alternativas.

³⁷ Fundador de la Fundación Doctor Valero Martínez, trabajaba como voluntario compaginando su trabajo en Hospital Universitario Lozano Blesa- Clínico, actualmente jubilado. El psiquiatra que se encuentra actualmente también compagina su trabajo en el Hospital Universitario Lozano Blesa- Clínico.

³⁸ Persona con un período largo de rehabilitación.

concretamente, de alcoholismo. La sociedad no lo entiende como enfermedad, por ello, los usuarios no hablan con la familia, amigos, ni pareja, ya que se encuentran cohibidos.

El siguiente paso es incorporarse al grupo de veteranos o de referencia, tras haber estado en abstinencia y tras un período en el grupo anterior, con una duración de 12 y 15 meses como norma general, permanecerá en este hasta su completa rehabilitación.

La información y prevención es realizada por los propios enfermos y familiares, a los cuales se les ha facilitado la formación básica en dichos temas. La preparación de las personas responsables del sistema de autoayuda es fundamental, pero el tratamiento de otras facetas de la dependencia alcohólica debe ser dirigido por los profesionales específicos de cada una de ella.

Tras el proceso de intervención, es importante que la trabajadora social lleve el seguimiento de cada usuarios/a, ya que puede haber probabilidades de que se produzca una recaída por diversos factores. Siguiendo a Marlatt (1993), los factores de riesgo son aquellas características individuales, condiciones situacionales y/o ambientales que provocan un aumento en la probabilidad de que el individuo vuelva al uso y/o abuso de drogas. En función de donde se sitúen estos factores de riesgo en relación con el individuo, podemos distinguir tres tipos de factores.

En primer lugar, encontramos los factores macrosociales, los cuales tienen que ver con la sociedad y la cultura en la que se inscribe el desarrollo de una persona. Son la influencia de los medios de comunicación, las normas y valores sociales, los déficits comunitarios, la disponibilidad de las sustancias o políticas que se lleven a cabo respecto a esta materia en un ámbito determinado.

En segundo lugar, factores microsociales, serían el contexto más cercano en el que la persona desarrolla su vida cotidiana. En la vida de nuestros hijos, sería la familia, la escuela y el grupo de iguales.

En tercer lugar, encontramos a los factores personales, tienen que ver con las características individuales de la persona que contribuirían a la adopción de patrones desadaptativos de consumo. Estos factores de riesgo son la iniciación temprana en el mundo de las drogas, las actitudes favorables hacia las sustancias, la búsqueda constante de sensaciones nuevas, la ausencia de normas, etc.

Para que no se produzca una recaída por alguno de los factores que se han explicado anteriormente, hay que actuar con el objetivo de aplicar una prevención de drogodependencias. Es un proceso activo de medidas dirigidas para modificar y mejorar la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol y la resistencia ante la oferta de drogas. Los objetivos que se persiguen son los de reducir el consumo abusivo de drogas recreativas, eliminar los daños asociados a tal consumo, demorar el inicio temprano del consumo de drogas y reducir la iniciación al consumo de sustancias (Marlatt, 1993).

Marlatt (1993), clasifica la prevención tomando como base el riesgo que soporta la población a la que van dirigidos, partiendo de la constatación de que no todas las personas se hallan sometidas al mismo nivel de riesgo en relación con las drogas y sus usos problemáticos. Por ello, los programas preventivos se clasifican en universales, los cuales están dirigidos a la población general; selectivos, orientados a una sección de la población en concreto donde se pueden encontrar factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas; y, por último, indicados, los cuales determinan a personas que ya consumen, por lo que se dirigen a los consumidores y a los experimentadores, es decir, a los individuos con un mayor riesgo.

Para Marlatt (1993), las campañas informativas, están dirigidas a la población general para informar y sensibilizar sobre las consecuencias adversa del consumo. También hay selectivas a grupos específicos, como las dirigidas a los adolescentes. Los métodos que utilizan estas estrategias son los anuncios publicitarios, posters, folletos, etc. Con estas estrategias, si bien pueden producir un incremento en los conocimientos objetivos sobre las drogas, esto no se traduce en un cambio de actitudes y comportamientos. Por otra parte, las estrategias educativas tienen como objetivo modificar la percepción de normalidad y actitudes pro-consumo. Inciden sobre las creencias erróneas y tratan de potenciar los factores de protección, dotándolo de competencias como la resistencia a la presión del grupo de iguales y de los medios de comunicación.

La Prevención de Recaídas (PR)³⁹ es un programa de autocontrol diseñado con el objetivo de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de recaídas en el proceso de cambio de las conductas adictivas (Marlatt, 1993). Fundamentada en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1971), la PR se presenta como un enfoque cognitivo-conductual al combinar el entrenamiento en habilidades para modificar conductas, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

Este programa parte de la idea de que el individuo experimenta una sensación de control durante el tiempo que mantiene la abstinencia. A medida que el tiempo de abstinencia sea mayor, esta sensación de control también aumentará. Este concepto se ha relacionado con el de autoeficacia de Bandura (1993), entendido como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

No obstante, para Marlatt (1993) este control percibido puede tambalearse en el momento en que una persona se enfrente a una situación de alto riesgo, es decir, a cualquier circunstancia (externa o interna) que suponga una amenaza para la sensación de control del individuo. Se identificaron tres categorías de alto riesgo asociadas con las tasas de recaídas, con independencia de la drogadicción particular de cada persona:

³⁹ A partir de ahora se nombrará como PR.

En primer lugar, los estados emocionales negativos, tales como la ira, frustración y ansiedad. En segundo lugar, los conflictos interpersonales, como los problemas matrimoniales, en el ámbito laboral, etc. Y, por último, en tercer lugar, la presión social, siendo directa o indirecta, el consumo de sustancias o la repetición de la conducta adictiva.

Si se produce la situación donde el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará debido a la disminución de su percepción de autoeficacia (Becoña et al., 2008).

6. CONCLUSIONES

Tras la realización de un análisis exhaustivo en relación al consumo adictivo de alcohol podemos dejar constancia de que la sociedad ha normalizado el consumo de alcohol, integrándolo en diversos contextos tales como cenas, comidas, celebraciones (bautizos, bodas, comuniones...), provocando así una dificultad a la hora de concienciar a la población de los problemas y consecuencias que genera la adicción.

Es importante que se realicen intervenciones desde diferentes campos, tales como el sanitario, el trabajo social o el tecnológico, para dar una mayor visibilidad a dicha situación, ya que la información es escasa o nula, generando un incremento de consumo en la población joven. A través de las tecnologías, en concreto de las redes sociales, tras el apogeo entre la sociedad juvenil, supondría una mayor facilidad la realización de promoción y dar a conocer realmente las consecuencias que produce la adicción, es decir, el consumo masivo y descontrolado, tanto de alcohol, como de otras sustancias. De esta manera resultaría más efectivo el poder refutar ciertos mitos y tópicos, los cuales crean ideas erróneas del consumo.

Hay que recalcar que no existen campañas específicas de prevención y sensibilización en el alcohol como ocurre con otras sustancias, ya que, están enfocadas a la prevención de accidentes de tráfico, en las cuales su lema no está dirigido a la prevención del alcoholismo, sino que la sociedad deje de consumir si va a conducir. Con ello no estamos en contra de la realización de estas campañas, al contrario, pero opinamos que se debería hacer más hincapié en el consumo responsable de alcohol en cualquier contexto.

Tras las entrevistas hemos podido comprender que el alcoholismo es una enfermedad de carácter crónico y progresivo, teniendo un largo trayecto, por ello es por lo que en los recursos que tratan dicha dificultad no acuden adolescentes y jóvenes. En el alcoholismo no se da al enfermo de alta, es decir, que, pese a que la persona sea abstinente, puede haber probabilidades de que se produzca una recaída.

Tras algunas de las experiencias relatadas en las entrevistas y de la previa información recogida, se puede afirmar que generalmente el factor determinante para dejar de beber suele ser el familiar, uno de los miembros “da un toque de atención” al enfermo. Son los propios enfermos tanto en materia de alcohol como de otras sustancias, los que tienen que querer cambiar, poner fin al consumo y ser ayudados, ya que si son obligados o llevados a instituciones y recursos engañados no se va a poder llevar a cabo de manera óptima la rehabilitación. Es muy probable que el usuario abandone la institución y continúe con el consumo de alcohol.

En nuestra primera entrevista en ASAREX, nos proporcionaron unas cartillas informativas, las cuales se facilitan tanto a enfermos como a familiares cuando llegan por primera vez a la fundación. Tras leerlas, nos percatamos de que la cartilla de enfermos estaba dirigida exclusivamente a hombres, y la de

familiares dirigida a sus esposas. El contenido difiere de la realidad de la fundación, ya que los tratamientos (terapias) se adaptan a las necesidades tanto de hombres como mujeres. En la U.A.S.A tampoco se habló de un tratamiento especializado para mujeres, aunque es cierto, que la atención de la trabajadora social, es igualitaria para ambos sexos. Por lo que creemos que es necesaria una intervención que se adecue a las necesidades de las mujeres, destacando que son más vulnerables en el consumo de alcohol y otras sustancias, siendo juzgadas de forma más severa por la sociedad.

A la hora de intervenir hay que tener en cuenta la dificultad que poseen los usuarios durante la rehabilitación, ya dicha sustancia está bastante arraigada en la sociedad, además de fácilmente accesible, por lo que aumenta el riesgo de recaída, así como su consumo inicial. Por ello, y en comparación con el tratamiento y abstinencia de otras drogas, tales como la cocaína, el proceso puede ser menos complicado, debido a que el acceso está más restringido al ser una sustancia ilegal.

En cuanto a las personas drogodependientes que presentan un policonsumo, es decir, el consumo de alcohol y otra sustancia, existe una complejidad en su tratamiento. Esto se debe a que generalmente la sustancia principal de consumo es el alcohol, siendo más difícil la abstención de dicha sustancia y provocando un proceso de desintoxicación lento y con grandes dificultades para dejar ambas sustancias.

Haciendo hincapié en la reflexión sobre la atención que se realiza en materia de drogodependencia y la prevención de ésta desde atención primaria, hay que recalcar que existen herramientas las cuales ayudan a la agilización de detección de adicciones al alcohol, hablamos del test AUDIT y el cuestionario CAGE.

El test AUDIT es más amplio que el cuestionario CAGE, ya que consta de 10 preguntas y el cuestionario CAGE, que se usa a modo de filtro, tan solo tiene 4 preguntas, pero ambas tienen una duración breve, siendo el tiempo estimado 4-5 minutos.

Las preguntas de estos test pueden ser camufladas en una conversación, facilitando al profesional sanitario un diagnóstico para una posterior derivación al recurso más idóneo. Algunas de las preguntas a realizar mediante estos test son: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?, etc.

Dependiendo del número de respuestas afirmativas a las preguntas, el nivel de dependencia será superior. Si la respuesta es “sí”, en 0 o 1 pregunta, se considera a la persona como bebedora social. Si contesta a dos 2 preguntas se determine consumo de riesgo, si responde 3 preguntas se considera como consumo perjudicial y, por último, si contesta a las 4 preguntas se posee una dependencia alcohólica.

La persona que acude a atención primaria debe tener una atención centrada en su problemática si se detecta que puede haber indicios de una adicción. Es importante que el profesional profundice en el usuario, ya que mayormente es el primer profesional de referencia al que acude para poner solución a dicho consumo. Si este primero no ahonda en su problemática, puede peligrar su decisión de no continuar ingiriendo dicha sustancia.

Hemos llegado a la conclusión de que ASAREX es considerado un recurso intermedio, puesto que acuden aquellas personas que ya han asistido a otros centros y no ha resultado efectivo. Contemplamos que debería de ser un recurso de primer nivel, ya que su método de trabajo ayuda a los usuarios y familiares a comprender la enfermedad, centrándose específicamente en la persona haciéndole saber que dispone una atención continua.

Tras el análisis y las conclusiones expuestas, consideramos que no se ha cumplido la hipótesis que propusimos inicialmente, ya que el motivo que nos expusieron los usuarios entrevistados no tenía una relación directa con problemas familiares, laborales o económicos. Sí que cabe destacar que una de las usuarias sí que comenzó con el consumo de alcohol por alguna cuestión de índole emocional como forma de evasión de la realidad.

7. PROPUESTA

A partir de las conclusiones que se han expuesto anteriormente, consideramos oportuno la necesidad de fomentar recursos similares al ya existente (ASAREX). Actualmente estas instituciones son la puerta de entrada para aquellos usuarios los cuales han comenzado la rehabilitación en otros lugares o de diferentes formas, pero no ha resultado efectivo, por ello, acuden a estas instituciones como último recurso. Por ello, creemos que deberían de estar a un nivel primario o preventivo, siendo a los que acudir para el comienzo de la rehabilitación, como se ha comentado en las conclusiones.

Consideramos oportuno la necesidad de que este recurso se realice con un número de usuarios limitado, puesto que, si éste se viese masificado, es decir, con un gran volumen de usuarios, la atención perdería calidad y eficacia. Si se produce una masificación de personas, el recurso perdería la atención personalizada que lo caracteriza, perjudicando el clima familiar donde poder expresarse. La importancia de fomentar estos recursos es para dar la oportunidad a las personas dependientes del alcohol puedan reconocer su problemática sin sentirse juzgados. En algunas de las entrevistas que realizamos a los usuarios de ASAREX, nos comentaron que en otras instituciones las terapias se realizaban en conjunto con los familiares, por lo que les resultaba más complejo el poder relatar los problemas con el alcohol. Estos recursos no se ajustaban a las necesidades que presentaban, resultando ineficaces, lo que derivaba en una nueva búsqueda de un recurso, poniendo en peligro un nuevo comienzo de consumo.

Las personas dependientes del alcohol necesitan un espacio donde se sientan protagonistas del proceso, es decir, que cada usuario reciba una atención directa y personalizada para las necesidades que requieran. De esta manera, pensamos que la persona con la adicción avanzaría de manera más favorable al poder ver que el recurso le ofrece las herramientas y profesionales adecuados para su rehabilitación.

Creemos importante fomentar instituciones donde se aborde la intervención con el individuo tanto a nivel psicológico, social y familiar tratando los motivos que le han llevado a caer en la adicción y tratando dicha adicción mediante el uso de cierta medicación y terapias.

Por ello, los modelos de intervención más idóneos son la combinación del modelo familiar y el modelo psicosocial, haciendo hincapié en la intervención en red. Lo que se busca es que el usuario pueda tener una rehabilitación tanto a nivel individual como grupal, para así facilitar la integración social que posteriormente realizará.

El usuario debe de ser el foco de atención, pero es muy importante tener en cuenta a la familia como factor que influye directamente en el individuo. Siendo también atendida, como usuarios y apoyo de la persona con problemas de adicción al alcohol.

Uno de los objetivos es ayudar a la familia a comprender la situación de su familiar, es decir, explicar la enfermedad que padece, ya que la gran mayoría desconoce que se trata de una enfermedad. Es imprescindible dotar a los familiares de un espacio personal donde puedan compartir sus experiencias, enseñándoles herramientas, estrategias y pautas para que puedan apoyar y ayudar de la mejor manera a la persona dependiente de sustancias y sobrellevar de la mejor manera posible la situación, ya que es un problema que afecta en gran medida a todos los integrantes de la familia.

El enfoque principal es el desarrollo de una intervención teniendo en cuenta la perspectiva de género, ya que la mayoría de las intervenciones en materia de drogodependencia están orientadas al tratamiento de hombres. Mediante las cartillas que nos fueron proporcionadas en ASAREX, pudimos comprobar que no existía un lenguaje inclusivo, donde las pautas de ayuda eran orientadas únicamente hacia las esposas, focalizando la intervención en el hombre. También tenemos presente que dichas cartillas tienen cierta antigüedad, por lo que el pensamiento de la sociedad en cuanto a la visión igualitaria de ambos sexos era diferente a la actual, es cierto que la sociedad ha ido evolucionando en cuanto a la representación de la mujer, así como los roles desempeñados. Realmente las cartillas no representan la intervención, ni la información que se proporciona actualmente desde la Fundación.

Como elemento esencial de la intervención se destaca la importancia de la participación de los usuarios, ya que de esta manera la rehabilitación sería más consistente y efectiva, ayudando al individuo a ser activo ante la intervención fomentando su motivación para su óptima recuperación.

En este caso, de igual manera vamos a seguir a Du Ranquet (1996) a la hora de explicar brevemente los modelos que anteriormente hemos expuesto para la intervención que deben de seguir los recursos que demandamos.

Queremos mostrar énfasis en el modelo psicosocial, ya que, mediante éste, la recogida de información, la elaboración del diagnóstico y el posterior plan de acción, resulta más sencillo para poder realizar una intervención centrada en el problema psicológico y social. De esta manera, el trabajador social puede conocer las causas del comienzo de la adicción y trabajar con ellas, teniendo como guía a usuarios veteranos, los cuales saben de primera mano cómo poner soluciones que resulten eficientes. Es fundamental que, durante el tratamiento, la persona veterana esté presente por si algún usuario sufre alguna crisis y peligre su continuidad.

En cuanto al modelo familiar, se resalta la intervención en red, ya que consideramos de vital importancia que el usuario no pierda las relaciones familiares porque puede ocasionar una difícil integración social. La familia es el factor apoyo que la persona dependiente del alcohol requiere para continuar con el tratamiento, debido a que hemos podido observar durante las entrevistas que ésta supone punto de inflexión del usuario para darse cuenta del problema y querer así comenzar la

rehabilitación. Creemos que toda la familia debe implicarse de una manera u otra con el familiar, de esta manera los resultados pueden ser más positivos para ambos lados.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (29 de diciembre de 1978). *La Constitución Española*. Recuperado el 25 de abril de 2019, de Portal web Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (11 de abril de 2001). *Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias*. Recuperado el 25 de abril de 2019, de Portal Web de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-9342-consolidado.pdf>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (1 de enero de 2016). *Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones*. Recuperado el 25 de abril de 2019, de Portal web de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-3-consolidado.pdf>
- Alegret, J., Comellas, M. J., Font, P., & Funes, J. (2005). *Adolescentes. Relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Barcelona: GRAÓ.
- Alvarez Montero, S., Gallego Casado, P., Latorre de la Cruz, C., & Bermejo Fernández, F. (Octubre-Noviembre de 2001). Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. *Revisión Crítica de la Práctica Clínica*, 11(9), 553-557. Recuperado el 18 de junio de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/revisioncri.pdf>
- Álvarez Montero, S., Gallego Casado, P., Latorre de la Cruz, C., & Bermejo Fernández, F. (Octubre-Noviembre de 2001). Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. *Revisión Crítica de la práctica Clínica*, 11(9), 553-557.
- Ander Egg, E. (1992). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Ander-Egg, E. (1996). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Arenas, C., & Ramírez, A. (2008). *Problemas emergentes en jóvenes y adolescentes. Evaluación del plan de prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza*. Zaragoza: Centro de Solidaridad de Zaragoza .
- Asociación Proyecto Hombre. (2015). *Proyecto Hombre: El modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. Recuperado el 18 de junio de 2019, de Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre: <https://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>
- Asociación Proyecto Hombre. (2008). Mediación. Monográfico X Jornadas Menores, Mediación y Droga. *Asociación Proyecto Hombre*, 66-100.

- Barbero, M. J. (2003). *El método en el Trabajo Social. En Fernández, T. y Alemán, C. (Coords.). Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Revista de sociodrogalcohol*, 217-223.
- Callabed, J. (2000). *Conocer y ayudar al adolescente*. Barcelona: CIMS 97, S.L.
- Castillo, G. (2001). *Los adolescentes y sus problemas*. Navarra: Universidad de Navarra, S.A. Pamplona.
- Colomina, B., & García Aguado, P. (2014). *La adolescencia. 7 claves para prevenir los problemas de conducta*. Barcelona: Amart.
- Díez Hernández, I. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. Hospital Donostia. *Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos*, 177-190.
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social Intervención con personas y familias*. Madrid: SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S.A.
- Escartín, J. M. (1992). *Manual de Trabajo Social: modelos de práctica profesional*. Alicante: Aguaclara.
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23 (84).
- España, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (s.f.). *Plan de Acción sobre Adicciones (Año 2018-2020)*. Recuperado el 28 de marzo de 2019, de Portal web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf
- Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA). (2017-2024). *Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) (2017-2024)*. Recuperado el 18 de marzo de 2019, de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
- Federación de Ayuda contra la Drogadicción. (1986). Recuperado el 14 de marzo de 2019, de Federación de Ayuda contra la Drogadicción: <https://www.fad.es/>
- Ferreira González, L., & Canalejo, J. (s.f.). *Cuestionario CAGE Screening de alcoholismo*. Recuperado el 18 de junio de 2019, de <https://meiga.info/Escalas/CuestionarioCAGE.pdf>
- Galán, I., González, M., & Valencia-Martín, J. L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Revista Española de Salud Pública*, 88 (4), 529-540.

- Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. (2010-2016). *II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas Adictivas*. Recuperado el 25 de abril de 2019, de Portal Web del Gobierno de Aragón: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/IIPlan_Autonomico_Drogodependencias.pdf/4d9b766b-c554-3861-9f9c-834ff7093230
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009-2016). *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Recuperado el 25 de abril de 2019, de Portal web del Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
- Gutierrez, A. (2007). *Drogodependencias y trabajo social*. Madrid: Académicas, S.A.
- ISCTE. Instituto Universitario de Lisboa. (2019). *Graça Índias Cordeiro*. Recuperado el 20 de abril de 2019, de CIENCIA-IUL. La excelencia de la investigación y la ciencia en el ISCTE-IUL: <https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/graca-indias-cordeiro/cv>
- López, A. (2010). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social*. Madrid: Universitas.
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuaderno de Trabajo Social*(8), 213-239. Recuperado el 18 de junio de 2019, de http://scholar.google.es/scholar_url?url=http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9595110213A/8426&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm2A1q1_C7DjKG7LpSivV8gz3EU__Q&nossl=1&oi=scholarrr
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Alcohol: qué es y cuáles son sus efectos*. Recuperado el 15 de marzo de 2019, de En Familia AEP: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/alcohol-que-es-cuales-son-sus-efectos>
- Observatorio Noctámbul@s. (2018). *5º Informe Anual 2017-2018*. (F. S. Comunidad, Ed.) Recuperado el 19 de febrero de 2019, de Portal web de Drogas y Genero: <https://www.drogasgenero.info/5o-informe-anual-del-observatorio-noctambuls/>
- Olave, L., Matos, J., Salguero, M., Ramos, Mae, J., & Iruarizaga, I. (2011). Alcohol, cannabis y accidentabilidad. *Revista Española de Drogodependencias*, 5, 259-269.
- Pardo, L. S. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14(3), 404-422.
- Peiró, C., Oliver, J., & Martín, P. (2003). *Redes familiares para la prevención*. Madrid: CONCAPA.
- Puyol, B. (2006). *Trabajo Social en Drogodependencias*. En Santana, J (coord.). *Manual de prácticas de Trabajo Social*. Tenerife: Benchomo.
- Rizo, C. (2014). *El proceso de acogida en la atención de personas drogodependientes desde las Unidades de Atención a las drogodependencias*. Universidad de La Laguna.

- Robertis, C. (1992). *Metodología de la intervención en Trabajo Social*. Barcelona: El Ateneo.
- Roca, J. e. (1989). *Drogodependencias y su tratamiento en site países europeos*. Barcelona: Intress.
- Rodríguez Martos, A. (2007). ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España? *Adicciones*, 19(4), 325-332.
- Roldán, G. (2008). El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención. *Revista Española de Drogodependencias*, 3, 303-304.
- Sociedad Española de Epidemiología. (26 de marzo de 2018). *Mayor regulación de la publicidad del alcohol para reducir su consumo en adolescentes y jóvenes*. Recuperado el 26 de marzo de 2019, de Portal web de la Sociedad Española de Epidemiología: https://www.seepidemiologia.es/ver_noticia.php?idn=789
- U.A.S.A Cruz Roja. (2017). *Memoria 2017*. Cruz Roja Española.
- Vielva, I., Pantoja , L., & Abeijón , J. A. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas*. Bilbao: Universidad de Deusto.